Юрьева Л.Н.

История.
Культура.
Психические и поведенческие расстройства.

УДК 616.89:572.026(091)

Киев
«Сфера»
2002

Оглавление

Введение

Конец XX века ознаменовался крупномасштабными историческими преобразованиями, повлекшими за собой изменения уровня не только индивидуального, но и общественного психического здоровья. Изменились, также, представления в отношении психической нормы и патологии. Порой высказывания, которые трактовались психиатрами как болезненные, декларировались как истинные; люди, которые еще несколько лет назад считались по меньшей мере «странными», «не от мира сего», «психопатами», становились лидерами многочисленных, ранее неведомых политических партий, объединений, сект и довольно успешно адаптировались к новым социально-экономическим условиям. И что самое удивительное-множество людей, еще вчера слывших правопослушными, убежденными атеистами, материалистами, устремлялись за этими лидерами, принося на алтарь не только свои многолетние убеждения, но и своих детей, материальные и духовные ценности, социальный престиж.

Мы не были готовы к такому повороту событий, окружающее казалось театром абсурда. На глазах рушились традиционные дифференциально диагностические критерии отграничения психической нормы от патологии, росло количество наркогенных заболеваний и самоубийств, невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств. Все чаще психологам и психиатрам приходилось сталкиваться с лицами, демонстрирующими фанатическое поведение и представителями религиозных неокультов. В Украине наибольшую известность приобрел религиозный неокульт «Белое братство».

Социальные потрясения по времени совпали с техногенной и информационной революцией. Компьютеризация, обеспечивая неограниченный доступ к любой информации, открыла также и возможность нехимического способа изменения реальности, что породило новую для отечественной психиатрии проблему – компьютерную зависимость. Наряду с новыми аддикциями заметно увеличилось и количество старых: патологические игроки, лица с поведенческими девиациями, пациенты, зависимые от психоактивных веществ. Вот далеко не полный перечень проблем, с которыми пришлось столкнуться наркологам и психиатрам в последнее десятилетие.

Кроме того, в постсоветских странах за короткий период времени притерпела существенные изменения ментальность, религиозная идеология и национальная мотивация, то есть произошел культуральный сдвиг, наложивший отпечаток на психологическое самочувствие населения и его психический статус.

В данной монографии отражены результаты многолетней работы автора, посвященной изучению проблемы влияния исторических и социокультуральных факторов на психическое здоровье населения. Проанализирована динамика психических и поведенческих расстройств в Украине за период исторических преобразований. Книга является продолжением исследований, освещенных в моей предыдущей монографии «Кризисные состояния» (1998).

Отдавая себе отчет в глобальности и многогранности разрабатываемой проблемы, я испытываю сильную потребность предварить свою книгу некоторыми раздумьями, позволяющими очертить пространство моих размышлений.

Психиатрия является одной из немногих медицинских дисциплин, которые органически связаны с состоянием развития не только биологической науки, но и психологии, социологии, философии, антропологии, культурологии, истории, теологии соответствующей исторической эпохи. Вне исторического контекста психиатрия немыслима, так как она является частью культурной системы общества.

В течение жизни одного поколения психиатров (к которому отношу себя и я) в отечественной психиатрии произошел мировоззренческий переворот, который можно сравнить со снятием цепей с психически больных Филиппом Пинеллем в год Великой французской революции. Снятие мировоззренческих цепей с профессионального сознания отечественных психиатров по времени тоже совпало с революционным социально-политическим сдвигом - началом перестройки. Именно в этот период активно развивается социодинамическая и социальная психиатрия, историческая и социальная психология, культурология, антропология, появляются психоисторические исследования.

В гештальтпсихологии есть понятие «фигура» и «фон». В зависимости от того, какой предмет (или проблема) занимает передний план, мы и видим общую картину происходящего. При перемене взгляда и перемене позиций изучаемых явлений картина мира меняется, что позволяет с новой точки зрения посмотреть на происходящее. Традиционно в отечественной психиатрии психические и поведенческие расстройства всегда занимали позицию «фигуры», а социокультурный и исторический контекст отодвигался на задний план. Даже не на второй, а именно на задний, так как второй план занимали биологические и микросредовые факторы, на фоне которых и изучался патокинез психических и поведенческих расстройств.

В книге предпринята попытка осмысления проблем психического здоровья в контексте исторических и социокультурных изменений последнего десятилетия.

Результаты проведенных историко-культуральных исследований могут быть использованы в качестве теоретической и методической базы социальной психиатрии. Знание о психологических и психопатологических тенденциях развития личности в неблагоприятной исторической ситуации, а также знание закономерностей исторического персоногенеза позволят прогнозировать стратегии поведения личности в условиях социально-экономического и духовного кризиса, а также разрабатывать профилактические и психокоррекционные программы, включающие методы психологической и социально-исторической коррекции.

Глава 1. Влияние исторических и культуральных факторов на психическое здоровье.

«История психических заболеваний – это особая разновидность истории общества и культуры»

(Карл Ясперс)

Современное понимание природы психических заболеваний базируется на рассмотрении трех групп факторов: биологических, психологических и социальных. В Советской психиатрии приоритетным было биологически ориентированное направление; личностно ориентированные и социокультуральные аспекты в генезе психических и поведенческих расстройств изучались единичными школами психиатров.

В настоящее время, когда мы переживаем период исторических преобразований в обществе, все больше внимания уделяется подходам, ориентированным на изучение вклада социокультуральных факторов в развитие психических и поведенческих расстройств. Следует сказать, что в мировой психиатрии психические и поведенческие расстройства всегда рассматривались и изучались в социальном контексте, а психиатрия всегда была включена в контекст культуры. На различных исторических этапах менялось отношение не только к понятию « психически больной», но и изменялась тактика государства и его граждан в отношении различных проявлений психических расстройств. Рассматривая развитие психиатрии в историческом аспекте мы видим, что она развивается не только как клиническая дисциплина, но и как общественный институт, отражающий изменение идеологии, культуры и права.

В настоящее время интенсивно развивается культуральная психиатрия, которая основывается на принципиально иной научной парадигме, нежели классическая психиатрия, базирующаяся на биомедицинской модели. ***Культуральная психиатрия*** изучает влияние культуральных факторов на психическое здоровье населения и на клинические особенности психических и поведенческих расстройств, формирующихся под воздействием этих факторов, то есть основывается на антропологическом подходе к психическим феноменам. Кросс-культуральные исследования показали, что изменения в любом секторе культуры (напр.,экономическом или идеологическом) неминуемо влекут за собой изменения в состоянии психического здоровья популяции.

В настоящее время мы переживаем период исторических преобразований в обществе, повлекших за собой социокультурный сдвиг. Изменились ментальность, религиозная идеология, иерархия потребностей, представления о психической норме и патологии, характер и структура стрессов. По сути, мы

живем не только в новом, третьем тысячелетии и XX веке, но и в другой исторической эпохе.

1.1 Влияние исторической ситуации на психическое здоровье.

Влияние исторической ситуации на психическое здоровье населения в настоящее время признается всеми школами, ведущими историко-психологические и психиатрические исследования. Еще К.Ясперс (1913г.) писал, что «нельзя понять человека без рассмотрения его сквозь призму его исторической изменчивости и обусловленности». В разные периоды истории распространенность и заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами имеет свою специфику. Следует отметить, что для изучения взаимосвязи исторических событий с состоянием психического здоровья социальные психологи ввели понятие «исторической ситуации».

Историческая ситуация - это такое состояние социальной системы, временные границы которого определены изменением социальных параметров, имеющих психологическую значимость для членов общества с точки зрения *их* самореализации. Статические характеристики исторической ситуации (социально-экономические, политические, культурные институты и *отношения*) рассматриваются как условия существования человека в обществе с точки зрения их значимости для его жизнедеятельности. Динамические характеристики исторической ситуации (социокультурные, экономические, политические и пр. *изменения*) оцениваются с точки зрения их психологического эффекта.

Свойственные периодам исторических событий глубокие эмоциональные потрясения, аномия, экзистенциальный кризис , экономические трудности, переживаемые популяцией в целом, воздействуют на людей совершенно иначе, чем потрясения сугубо личного характера. В главе 8 подробно освещены психолого-психиатрические последствия наиболее значительных исторических событий XX века.

В настоящее время для стран СНГ особую актуальность приобретают исследования, посвященные изучению формирования личности в периоды исторических преобразований в стране, сопровождаемые социокультуральными изменениями, сменой ментальности и национальной мотивации, изменением религиозной идеологии. Изучение исторического персоногенеза позволило обосновать тезис об историческом своеобразии личности.

Историческое своеобразие личности –то есть комплекс психологических свойств, характерный для личности определенной исторической эпохи и сформировавшийся под влиянием конкретно-исторических условий социализации - характеризует личность как историческую индивидуальность или исторический тип личности.

Степень влияния исторических событий на развитие личности определяется также ее исторической чувствительностью.

Историческая чувствительность - это специфическая чувствительность личности к изменениям определенных характеристик исторической ситуации.

Представители разных поколений и социальных групп, лица с различными индивидуально-типологическими особенностям личности обладают различной исторической чувствительностью. В результате исторической социализации в группах риска могут формироваться деформации характера, акцентуации, патохарактерологическое и невротическое развитие личности. Длительное воздействие стрессогенных факторов в неблагоприятной исторической ситуации потенцирует также развитие невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств. Под ***неблагоприятной исторической ситуацией*** понимают такую историческую ситуацию, которая препятствует самореализации личности и в которой сохранение социального конформизма неизбежно приводит к нарушению личностной целостности, к ее деформации и разрушению.

Подробно исторический персоногенез будет рассмотрен в главе 3.

Как статические, так и динамические характеристики исторической ситуации включают в себя социокультуральные факторы, религиозную идеологию, ментальность и национальную мотивацию, семейный фактор.

Культуральные факторы, влияющие на психическое здоровье и клиническое оформление психических и поведенческих расстройств, условно подразделяют на две группы: социокультуральные и этнокультуральные.

К ***социокультуральным факторам*** относят социально-политические, социально-экономические, культуральные и микросоциальные условия, в которых проживает население, то есть особенности исторической ситуации. Влияние этих факторов прослеживается как на индивидуально-личностном, так и на популяционном уровне. При этом популяции могут быть как этнически однородными, так и этнически разнородными.

К ***этнокультуральным факторам*** относят: особенности национальной ментальности, религиозных убеждений, традиций, обычаев, мифологии (Б.С.Положий, 1995).

Устанавлена обратная зависимость между тяжестью психического расстройства и вкладом в его развитие культуральных факторов. Так, Международное Пилотажное Исследование Шизофрении, проведенное ВОЗ в 1986 году, выявило, что большие психозы (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз) диагностируются практически с одинаковой частотой в различных обществах. (J. Westermeyer, 1985; N.Sartorius et al., 1986; G.A.German, 1987;). В то же время, распространенность и заболеваемость непсихотическими психическими расстройствами, наркогенной патологией и олигофрениями обнаруживает четкую связь с социокультуральными особенностями. (J. Westermeyer et al., 1989; L.J.Kirmayer, 1989;).

1.2. Культура и психическое здоровье.

Существует множество определений культуры, но для рассматриваемой темы наиболее адекватными представляются следующие суждения. Под термином «культура» R.A. D'Andrade (1984) понимает усвоенную систему знаний и представлений, обеспечивающую людей отличительным смыслом реальности,

лежащим в основе их эмоциональных реакций и поведения. S.Fernando (1991) считает, что культура характеризуется поведенческими отношениями, выбор которых детерминируется системой воспитания и которые постоянно изменяются. G.Devereux (1956) полагает, что культура ответственна не только за содержание поведения, но и за его структуру, так как природа конфликтов, стрессовых ситуаций и механизмов психологической защиты культурально детерминирована.
Согласно определению ВОЗ ***культура*** - это совокупность всех убеждений, форм поведения и ценностей, передаваемых между членами той или иной группы путем научения; включает системы идей и значений.
В настоящее время выделяют следующие измерения культур, основанные на оппозициях психологического типа (W.G. Stephan., C.W.Stephan, 1996):

- Индивидуализм/ коллективизм или ориентация на индивидуальные/групповые цели
- Степень толерантности к отклонениям от принятых в культуре норм (степень «натяжения поводка» между нормами и индивидом)
- Степень избегания неопределенности и, соответственно, потребности в формальных правилах
- Маскулинность/фемининность, т.е. оценка в культуре качеств, рассматриваемых стереотипными для мужчин/женщин, и степень поощрения традиционных гендерных ролей
- Оценка природы человеческого существа как «хорошей», «дурной» или «смешанной»
- Сложность культуры, степень ее дифференциации
- Эмоциональный контроль, степень допускаемой эмоциональной экспрессивности
- Близость контактов или допустимые во время общения дистанции и прикосновения
- Дистанция между индивидом и «властью», степень неравенства между вышестоящими и нижестоящими
- Высокая контекстность/низкая контекстность или максимизация/минимизация различий в поведении в зависимости от ситуации
- Дихотомия человек/природа или степень господства человека над природой, подчинения природе, жизни в гармонии с природой

В настоящее время в культурантропологии принято выделять ***культуру, основанную на чувстве вины*** и ***культуру, основанную на чувстве стыда,*** при которых используются различные психологические механизмы защиты, способствующие выполнению социального контроля за нормативным поведением человека (И.С. Кон, 1979). А.Г.Асмолов (1990) выделил ***социотипическое поведение личности,*** то есть поведение, которое, выражая «типовые программы данной культуры» и регулируя поведение в стандартных для данной общности ситуациях, освобождает человека от принятия индивидуальных решений. Среди регуляторов социального поведения большую роль играют нравственные нормы,

то есть системы представлений о правильном и неправильном поведении, санкционирующие выполнения одних действий и лимитирующие выполнение других. В различных культурах психологические механизмы , используемые для социального контроля за поведением различны. Особое внимание социальные психологи обращают на значимость в конкретных культурах чувств страха, стыда и вины.

Страх представляет собой сигнал предупреждения и тревоги для человека, если он нарушит или уже нарушил какое-либо правило. В психиатрии описан даже патологический страх социальных ситуаций – ***социальная фобия,*** которая характеризуется наличием постоянного страха перед социальными ситуациями, в процессе которых человека оценивают, за ним наблюдают или с ним взаимодействуют другие люди. Патологический страх отрицательной социальной оценки потенцирует формирование постоянной социальной тревоги, хронического стресса и психосоматических расстройств

Как отмечает Ю.М.Лотман (1970), страх присущ не только человеку, но и животным, но только у человека есть сформированные культурой механизмы, способствующие соблюдению нравственных норм. На уровне индивидуального сознания наиболее значимыми являются «стыд как ориентация на внешнюю оценку (что скажут или подумают окружающие?) и вина, как ориентация на самооценку, когда невыполнение какой-то внутренней, интернализованной нормы вызывает у индивида угрызение совести (самообвинение)»(И.С. Кон, 1979).

R.Benedict (1946) рассматривала стыд и вину в качестве основных регуляторов социального поведения человека и по этим параметрам она выделяла культуру вины и культуру стыда. В своей, ставшей хрестоматийной, монографии «Хризантема и меч», она противопоставляла западные культуры вины восточным культурам стыда. Типичной культурой стыда является культура Японии, где стыд - главный регулятор поведения. «Стыд означает тревогу за свою репутацию; он возникает, когда индивид чувствует, что он в чем-то слабее других» (И.С.Кон, 1979). В этой культуре принадлежность к определенной группе значит больше, чем сохранение собственной индивидуальности. Все действия и поступки соотносятся с моральными оценками окружающих. K.Kitanish, W.S. Tseng (1989) считают, что культура стыда с присущей ей ментальностью населения Японии, способствуют тому, что социальная фобия в этой стране диагностируется чаще, чем в других странах.Чувство стыда перед членами своей группы воспитывается с детства: дети высмеиваются или изгоняются из класса за то, что они действуют, мыслят, одеваются не как все; поступки личного характера обсуждаются в группе и «виновнику» выносится общественное порицание. С точки зрения культурантропологии советская культура являлась преимущественно культурой стыда. Принадлежность к определенной группе и следование ее законам и коллективным представлениям лежало в основе поведенческих стереотипов советского человека.

В качестве классической культуры вины Р.Бенедикт рассматривает культуру США и Западных стран . Главный регулятор социального поведения в этой

культуре – внутреннее чувство вины: перед Богом и перед собой. Гуманистические психологи называют это чувство совестью. Психология вины рассматривается как эмоция, возникающая на более высокой ступени развития человека.

Принято считать, что культура стыда характерна для Востока, а культура вины – для Запада. Стыд и вина – принципиально разные регуляторы поведения. Исходя из этого, можно предположить, что и механизмы запускающие социально детерминированные заболевания, в этих культурах различны. Наиболее показательно эта закономерность прослеживается при анализе механизмов формирования невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, наркогенной патологии, девиантного и суицидального поведения. Этому вопросу посвящена глава 5.

В настоящее время население стран СНГ переживает этап адаптации к чуждой, западной культуре с ее стандартами поведения и иерархией ценностей. Идет процесс адаптации к инокультурной среде, который получил название «аккультураци».

Аккультурация- это явления, которые имеют место при взаимодействии групп людей, обладающих различными культурами, которые вступают в продолжительный и непосредственный контакт, вследствие чего изменяются первоначальные типы культур одной или обеих групп.

Известный британский социальный антрополог Бронислав Малиновский (1997) активно занимался изучением социально-экономических феноменов, которые сопровождают «культуральную адаптацию» (аналог термина «аккультурация»). Он описал следующую динамику осуществления транскультуральных контактов:

- восприятие
- адаптация
- реакция.

Описаны следующие результаты транскультуральных контактов: (С.Н.Артановский, 1997).

1. Отчуждение – потеря своей культуры под влиянием чужой
2. Новая ориентация – существенные изменения в культуре – восприемнике под влиянием чужой культуры
3. Почвенничество – сознательная, организованная попытка членов общества возродить или увековечить определенные аспекты его культуры
4. Новообразование – возникновение в одной из участвующих в контакте групп черт культуры, норм и учреждений, которых ранее не было ни в одной из соприкасающихся культур.

В периоды исторических потрясений, когда выражены процессы культурной ассимиляции, происходит ломка культурального стереотипа и национальной мотивации, что может способствовать развитию «культурного» шока. Это расстройство нашло свое отражение в классификациях психических и поведенческих расстройств как 9-го, так и 10-го пересмотров. Согласно

определению, приведенному в «Лексиконах психиатрии ВОЗ»(2001), ***культуральный шок*** – это состояние социальной изоляции, тревоги, депрессии, развивающееся при попадании индивидуума в условия чужой культуры, возвращении в свою культуральную среду после долгого в ней отсутствия либо при сохранении приверженности одновременно к двум и более различным культурам. Чаще всего это расстройство наблюдается у иммигрантов, но может развиваться и в ответ на радикальное изменение условий жизни в обществе.

Мне думается, что результатом аккультурации в психолого-психиатрической субкультуре явился принципиально новый подход к проблеме нормы и патологии в психиатрии, к диагностике, лечению и профилактике психических и поведенческих расстройств, а также переход от культуры зависимостей к культуре партнерских взаимоотношений с больными и их родственниками. То есть, возникла новая ориентация в психиатрии, которая сопровождается целым рядом как структурных, так и диагностических новообразований, которые к сожалению сопровождаются утратой традиций отечественной психиатрической школы.

1.2.1. Роль ментальности и национальной мотивации

Говоря о культуральных факторах, невозможно не коснуться вопроса ментальности. Еще П.Л. Лавров (1906) и Э.Дюркгейм на заре XX века говорили об исторической роли мировоззрения, оценивая его как личностную систему, от которой «нити тянутся в прошлое и будущее – в черты литературных произведений, в частную жизнь, в общественные формы и политические события». По мнению французских исследователей, историческую эпоху можно понять только через реконструкцию ментальности, так как именно в переломные периоды истории происходит формирование специфической для данной исторической эпохи личности со специфическими мотивами индивидуального и коллективного поведения.

Начиная с 20-х годов XX века, ученые, занимающиеся исторической психологией, начали активно заниматься сравнительно-историческим исследованием обыденного сознания. После работ Л.Леви-Брюля, посвященных психологии первобытного человека, понятие «ментальность» стали трактовать не только как обозначение мышления, но и как систему коллективных представлений, как определенную направленность мыслей, характерную для большинства членов общества.

Л.Февр, характеризуя этические, эстетические и правовые нормы, а также эмоциональные состояния и особенности психического статуса, характерные для определенной исторической эпохи, говорил о «духовном универсуме», а под «ментальностью» подразумевал способ преломления интеллектуальной обработки впечатлений. А.Дюпон под «ментальностью» понимал состояние духовности, манеру думать, воспринимать мир, систему символов и ценностей.

Историк А.Я.Гуревич (1991), проанализировав и обобщив работы французских исследователей, дал характеристику понятию ментальности, которая является наиболее исчерпывающей и отвечающей современным представлениям.

Ментальность-это социально-психологические установки, способы восприятия, манера чувствовать и думать. Ментальность выражает повседневный облик коллективного сознания, не отрефлектированного и не систематизированного посредством целенаправленных умственных усилий мыслителей-теоретиков. Важным признаком ментальности является неосознанность.

По мнению А.Я.Гуревича, при оценке ментальности необходимо описывать следующие явления, характерные для всех членов общества и для представителей различных групп населения:

- отношение к труду, собственности, богатству и бедности;
- понимание природы права и его значимости как социального регулятора;
- образ природы , методы ее познания и воздействия на нее (рукотворные, технические, магические);
- понимание места человека в общей структуре мироздания;
- оценка возрастных периодов жизни человека и отношение к ним (преимущественно детство и старость); восприятие смерти и болезней;
- роль брака и семьи , отношение к женщине, сексуальная мораль и практика;
- отношение к миру земному и миру трансцендентному, связь между ними и понимание роли потусторонних сил в жизни человека и коллективов;
- трактовка пространства и времени;
- восприятие истории и ее направленности (прогресс или регресс, повторение или развитие), как профессионалами (историками, философами, теологами, схоластами), так и переживание ее в обыденном сознании;
- психология «людей книги» и психология людей, живущих в условиях господства устного слова;
- социальные страхи и другие негативные эмоции, массовые психозы и напряженные социально-психологические состояния;
- соотношение «культуры вины» и «культуры стыда», то есть психологическая ориентация на внутренний мир или на социум;
- история праздников, календарных обычаев, ритмизирующих жизнь коллективов;
- осознание национальной, племенной, государственной идентичности, национальные противоречия и заложенные в них стереотипы
- форма религиозности, присущая «верхам» и «низам», образованным и неграмотным.

Оценив ментальность «советского человека» и человека, живущего в постсоветском периоде по вышеизложенным характеристикам, читатель сам может оценить степень изменения своей ментальности и ментальности населения всего за 10 лет.

Говоря о ментальности, нельзя не остановиться на проблеме национальной мотивации. Изучая этнокультуральные особенности различных популяций во второй половине 80–х годов ХХ столетия, голландский ученый Хофстид пришел к выводу, что для разных национальностей характерен различный тип мотиваций. (А.Н. Наумов, 1995).

Первую группу составили североамериканцы, австралийцы, британцы и ирландцы. Они "мотивированы на достижения". Для них характерно стремление к лидерству, богатству, рационализм. Приоритетной проблемой являются деньги.

Вторую группу составили жители Австрии, Бельгии, Италии, Греции, Японии и ряда других стран. Они ориентированы на "защитную мотивацию" и ценят прежде всего стабильность и традиции, тщательно ограждая свой мир от посягательств извне.

Третью группу составили Югославия, Испания, Бразилия, Чили, Израиль, Турция, Россия, Украина. Для жителей этих стран характерен "уравнительный подход", желание улучшить качество жизни, но при этом "ничего не менять, чтобы не стало хуже".

Четвертую группу составили жители стран Скандинавии. Они "социально мотивированы", их приоритетной задачей является постоянное, неуклонное улучшение качества жизни.

Смена или ломка национальной мотивации и ментальности является мощнейшим психосоциальным стрессом, потенцирующим аддиктивные , суицидальные и криминальные формы поведения, а также невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

1 3. Религиозная идеология и психическое здоровье.

Со времен Фрейда психиатры и психологи пытались выявить связь между психическим здоровьем и религиозностью. З. Фрейд характеризовал религию как «всеобщий обсессивный невроз» и предполагал, что религия является психологической защитой человека от трех видов тревоги:

- Страха перед действительностью
- Нравственной тревоги, то есть чувства вины за содеянное
- Невротической тревоги

Данные современных исследователей показали, что религия помогает людям найти смысл в жизни, защищает от тревоги и страха смерти и неизвестности, а также помогает справиться со стрессовыми ситуациями. Она может дать человеку сильное чувство защищенности и уверенности в будущем. Религиозные переживания занимают большое место в «психологической реальности» человека. Они тесно связаны с системами и иерархией ценностей, чувствами, субъективным опытом и поведением людей (M.Argyle & B.Beit-Hallahmi, 1975; B. Spilka, R.W. Hood, R.L.Gorrsuch, 1985.)

Религия, также может служить для удовлетворения когнитивных потребностей. Социальные психологи выявили, что люди испытывают потребность в

когнитивной согласованности. Поэтому человек принимает те убеждения (религиозные и нерелигиозные), которые согласуются с его ценностями, представлениями о мире и своем месте в нем (L. Festinger, 1957; F.Heider, 1958).
R.M. Ryan et al., (1993) провели исследования, в которых показали, что способы усвоения религиозных убеждений оказывают влияние на психическое здоровье. Положительно влияет на психическое здоровье способ усвоения религиозных убеждений посредством идентификации, то есть восприятие человеком религиозных ценностей как своих собственных, не навязанных ему извне. Второй способ – способ интернализации, при котором религиозные ценности разделяются и усваиваются лишь частично, не столь благотворен для психического состояния человека. По-видимому, для населения постсоветских стран, где преобладало атеистическое мировоззрение в 3-4 поколениях (особенно в России, Восточной Украине и Белоруссии), усвоение отвергаемых ранее религиозных убеждений происходит способом интернализации. Такая ассимиляция с чуждым мировоззрением чревата возникновением религиозных неокультов, психодинамика и психолого-психиатрические последствия которых описаны в главе 10.
В странах со стабильной религиозной идеологией религиозное развитие формируется постепенно, что способствует принятию религиозных ценностей без ломки мировоззренческих стереотипов и возникновения невротических механизмов защиты. J.W. Fowler (1981) выделил 6 стадий религиозного развития, для каждой из которых описал специфические характеристики (табл.1.1).

Таблица 1.1 Стадии религиозного развития (J.W. Fowler, 1981)

Стадия	**Характеристики стадии**
Недифференцированная вера (младенчество)	Это предварительная стадия. В процессе общения с родителями и воспитателями ребенок учится доверять людям, быть мужественным, надеяться и любить
Стадия 1: интуитивно - проективная вера (от 2 до 6 лет)	Ребенок находится под влиянием веры других людей. Это период фантазирования, когда ценности зависят от настроения и формируются на чужих примерах. Активно работает воображение, которое подготавливает почву для религиозного роста и развития
Стадия 2: мифологически-буквалистическая вера (младший школьный	Ребенок способен отличить факты от вымысла. Он начинает знакомиться с существующими мифами и верованиями более широкого круга людей и принимать эти верования

возраст)	
Стадия 3: синтетически-конвенциональная вера (отрочество и юность)	Усиливается влияние сверстников и средств массовой информации. Вера должна «вписаться» в более сложное мировоззрение и формирует основу личной идентичности и системы ценностей. Возрастает вероятность конфликтов с авторитетными фигурами
Стадия 4: индивидуализированно -рефлексивная вера (взрослый возраст)	У человека складывается уникальная идентичность, не слишком тесно связанная со значимыми другими, и формируется исполнительное эго. Смысл, вкладываемый человеком в религиозные символы, может измениться
Стадия 5: конъюнктивная вера (середина жизни)	На этой стадии религиозность выходит за рамки четкой идентичности, характерной для стадии 4, объединяя в себе сознательные убеждения с бессознательными. Происходит переосмысление собственного прошлого. Человек стремится с помощью веры объяснить свой парадоксальный опыт, но также понимает ограниченный характер символа веры, принятого в его религиозной группе
Стадия 6: универсализированная вера (в редких случаях)	Люди, достигшие этой стадии (например, Ганди, мать Тереза, Мартин Лютер Кинг), стали олицетворением человеческой духовности. Они могут изменить мир в лучшую сторону, но ради этого многим из них приходится страдать или даже пожертвовать своей жизнью

Связь между психическим здоровьем и религиозностью неоднократно изучалась зарубежными исследователями. J. Gartner et al. (1991) проанализировал более 200 публикаций на эту тему и пришел к выводу, что связь между психическим здоровьем и религиозностью неоднозначна и представлена следующим образом:

1. Между религиозностью и психическим здоровьем существует положительная связь

- Религиозность ассоциируется с долгожительством
- Отрицательная связь между религиозностью и суицидальными мыслями
- Отрицательная связь между религиозностью и наркоманией
- Религиозность связана с низким потреблением алкоголя
- Религиозность связана с низкими уровнями делинквентности
- Отрицательная связь между регулярным посещением церкви и разводами

- Положительная связь между религиозностью и субъективным ощущением благополучия
- Религиозность связана с низкими уровнями депрессии

2. Связь между религиозностью и психическим здоровьем неоднозначна

- Религиозность и тревожность
- Религиозность и психозы
- Религиозность и самооценка
- Религиозность и предрассудки
- Религиозность и уровень интеллекта/образования

3. Религиозность связана с психопатологией

- Религиозный консерватизм связан с авторитаризмом
- Религиозная ортодоксальность связана с догматизмом и нетерпимостью к неопределенности
- Религиозность связана с внушаемостью
- Некоторые религиозные переживания могут сопровождаться активностью височной доли головного мозга.

Писатель К. Льюис, размышляя над проблемой взаимоотношения веры и страдания, пришел к следующему выводу: «Бог обращается к человеку шепотом любви, а если он не услышан – то голосом совести; если человек не слышит и голоса совести – то Бог обращается через рупор страданий».

1.4.Семья и психическое здоровье.

Роль семьи в формировании личности и развитии психических и поведенческих расстройств не оспаривается ни одной психологической или психиатрической школой. Психиатры и медицинские психологи изучают семейную отягощенность психической и наркологической патологией и типы воспитания в семье (В.В.Ковалев, 1979; А.Е.Личко, 1985; В.С.Подкорытов, Л.Ф.Шестопалова, 1999 и др.).

С точки зрения культуральной психиатрии семья рассматривается, как основная, первичная социокультурная единица, посредством которой из поколения в поколение передаются традиции, привычки, стереотип отношения с людьми и миром. Они изучают семейный анамнез гораздо глубже и шире, чем ортодоксальные психиатры. Анализу подвернаются внутрисемейные межличностные отношения (между супругами, родителями и детьми, сиблингами), ролевые взаимоотношения в семье, включающие и более старшее поколение (бабушек и дедушек). Исследуется жизненный цикл семьи, обязательным звеном которого является анализ семейных событий (напр., рождение, взросление, стиль воспитания, уход из дома и т.п.).

Обязательному исследованию подвергается взаимодействие семьи с другими социальными группами и институтами. Оценивается поведение семьи в ситуации стресса, стратегии и ресурсы, которые она использует для его преодоления,

(психологические и социальные). Обязательно анализируются опыт добрачных связей.То есть, под семьей подразумевается система, все звенья которой связаны с одной стороны друг с другом (включая и старшие поколения), а с другой – с обществом и его гражданами.
Поэтому, с точки зрения социодинимической психиатрии, болезнь одного члена семьи подразумевает болезнь всей системы и при коррекции расстройств обязятельно учитывается феномен созависимости и лечится вся семья. Кроме того, психоисторики, в частности Ллойд Демоз, придают истории детства первостепенное значение даже при объяснении исторических процессов. «Главная причина всех исторических изменений – психогенез, закономерная смена стилей воспитания детей под давлением поколений» - один из тезисов его психогенной теории истории. По сути, изложенные подходы к проблеме семьи являются лишь продолжением теории З.Фрейда, который усматривал в стилях семейного взаимоотношения и воспитания ребенка корни всех проблем человека и человечества.
Особое место в семейной системе занимает диада муж – жена. С психологической точки зрения, хороший брачный союз обеспечивает чувство безопасности супругов, уменьшает у них чувство напряжения и тревоги, в нем обеспечивается удовлетворение сексуальных, родительских, коммуникативных и прочих актуальных потребностей. В дисфункциональных семьях чаще диагностируются невротические и депрессивные расстройства у супругов. Дети, выросшие в этих семьях достоверно чаще имеют психологические проблемы и проблемы с психическим здоровьем. В периоды исторических преобразований в обществе в первую очередь члены таких семей подвержены социально детерминированным психическим и поведенческим расстройствам, они часто вовлекаются в тоталитарные секты, склонны к аддиктивным формам поведения. Этому вопросу посвящена глава 10.

1.5. Психосоциальные стрессы и расстройства психического здоровья.

Исторические преобразования в обществе всегда сопровождаются увеличением количества психосоциальных стрессов в популяции. Изучение влияния психосоциальных стрессов на человека чрезвычайно важно не только для профилактической, но и для прогностической работы, так как характер, интенсивность, временная протяженность и кратность стрессовых ситуаций , а также частота их распространенности в населении определяют структуру и характер не только психических и поведенческих, но и психосоматических расстройств в данной популяции на многие годы вперед. Кроме того, ретроспективный анализ динамики психических и поведенческих расстройств помогает реконструировать психологическую атмосферу исторической эпохи и некоторые особенности менталитета.
Для более объктивной оценки степени выраженности и характера стрессовых ситуаций, T.H.Holmes & R.H.Rahe (1967) разработали социальную шкалу,

определяющую уровень приспособления к различным жизненным стрессовым ситуациям. Они выделили 43 наиболее часто встречающихся в жизни ситуаций и рассчитали, сколько условных «стрессовых единиц» несет с собой каждая из них (табл. 1.2).

Таблица 1.2 Шкала оценки социальной адаптации (T.H. Holmes & R.H. Rahe)

	Жизненное событие	**Среднее значение**
1.	Смерть супруга	100
2.	Развод	73
3.	Раздельное проживание супругов	65
4.	Тюремное заключение	63
5.	Смерть близкого родственника	63
6.	Травма или болезнь	53
7.	Вступление в брак	50
8.	Увольнение с работы	47
9.	Воссоединение с семьей	45
10.	Выход на пенсию	45
11.	Перемена в состоянии здоровья члена семьи	44
12.	Беременность	40
13.	Сексуальные затруднения	39
14.	Появление нового члена семьи	39
15.	Смена места работы	39
16.	Перемена в финансовом положении	38
17.	Смерть близкого друга	37
18.	Смена участка работы	36
19.	Изменение числа супружеских ссор	35
20.	Долг свыше 10 000 $	31
21.	Просрочка выплаты долга или займа	30
22.	Изменение круга обязанностей на работе	29
23.	Оставление дома сыном или дочерью	29
24.	Осложнение отношений с родственниками супруга	29
25.	Выдающееся личное достижение	28
26.	Устройство или уход жены с работы	26
27.	Поступление или окончание шкоды	26
28.	Смена жилищных условий	25
29.	Пересмотр личных привычек	24
30.	Осложнение отношений с начальством	23
31.	Смена часов или условий работы	20
32.	Смена места жительства	20

33.	Смена школы	20
34.	Смена типа и продолжительности отдыха	19
35.	Резкое изменение в религиозной активности	19
36.	Резкое изменение социальной активности	18
37.	Долг или займ менее 10 000 $	17
38.	Перемена привычек сна	16
39.	Изменение числа совместно проживающих членов семьи	15
40.	Изменение пищевых привычек	15
41.	Отпуск	13
42.	Рождество	12
43.	Мелкие нарушения закона (напр., безбилетный проезд, переход улицы в неустановленном месте те, нарушение общественного порядка)	11

В соответствие со статистической моделью Holmes T.H. - Rahe R.H. при сумме выше 200 «стрессовых» единиц, характеризующих изменение жизни в течение года, увеличивается число психосоматических расстройств в последующие два года. Сумма выше 300 единиц увеличивает эти шансы почти до 80%.

В американской классификации психических расстройств DSM–III также выделяется ось IV, которая содержит шкалу из 6 пунктов для кодирования психосоциальньх факторов, вызывающих стресс и способствующих развитию психических и поведенческих расстройств (вставка 1.1)

Вставка 1.1. ***Шкала тяжести психосоциальных стрессов для взрослых***:

1. Стрессорный фактор отсутствует. Никакие события не могут рассматриваться как острый стресс, способный вызвать заболевание, отсутствуют также устойчивые длительные стрессовые обстоятельства, которые могли бы вызвать заболевание.
2. Стрессорный фактор – слабый. Примером острого слабого стресса может служить ситуация начала или окончания учебы в школе; примером длительной слабой стрессовой ситуации — конфликты в семье, неудовлетворенность работой, проживание в районе высокой преступности.
3. Стрессорный фактор – умеренный. Примером острого стрессогенного события могут быть брак, разлука с супругом, потеря работы, уход на пенсию, аборт. Примерами хронических стрессовых ситуаций— разногласие в браке, серьезные финансовые затруднения, плохие отношения с начальником, случай, когда один из родителей исполняет все родительские обязанности (родитель-одиночка).
4. Стрессорный фактор – тяжелый. Примером острого тяжелого стресса может служит развод или рождение ребенка; примером хронического – безработица, бедность.
5. Чрезмерно тяжелый стрессорный фактор. Острый--смерть одного из супругов, диагностирование серьезного заболевания; роль жертвы насилия (подвержение насилию); хронический —наличие серьезного хронического заболевания у субъекта или его ребенка, наличие физической или сексуальной неполноценности.
6. Катастрофический острый стресс: смерть ребенка, самоубийство супруга, разорение в результате стихийного или иного бедствия. Хронический - пленение в качестве заложника, пребывание в концентрационном лагере.

В классификации DSM – III выделяется также и шкала для оценки тяжести психосоциальных стрессов у детей и подростков (вставка 1.2).

Вставка 1.2. Шкала тяжести психосоциальных стрессов для детей и подростков:

1. Отсутствие стресса:
2. Слабый стресс: острый — разрыв с возлюбленным (возлюбленной), переход в другую школу; хронический — жизнь в условиях перенаселения, конфликты в семье.
3. Умеренный стресс: острый — исключение из школы, рождение братьев и сестер; хронический — хроническое заболевание с утратой трудоспособности у родителей; постоянный конфликт с родителями.
4. Тяжелый стресс: острый -развод родителей, нежелательная беременность, арест; хронический — жестокие родители или их отказ от ребенка: помещение

ребенка на воспитание в различные учреждения.
5. Чрезмерно тяжелый стресс: острый — сексуальная или физическая неполноценность; смерть родителя; хронический — устойчивые сексуальные или физические нарушения.
6. Катастрофический стресс: острый—смерть обоих родителей; хронический — хроническое, угрожающее жизни заболевание.

Анализ всего многообразия стрессов позволил создать автору следующую типологию стрессовых ситуаций.

По длительности :

- Острые, внезапно возникающие, опасные для жизни (войны, природные и техногенные катастрофы и т.п.) стрессы
- Хронические, растянутые во времени (социально-экономические трудности, конфликтная ситуация в семье, на работе, экзистенциальная пустота и т.п.) стрессовые ситуации

По уровню влияния:

- Микрострессоры
- Макрострессоры

По кратности возникновения :

- Единичные стрессы
- Множественные стрессы
- Периодически возникающие стрессовые ситуации

По степени управляемости событиями:

- Контролируемые
- Неконтролируемые

По отношению к ятрогении (от греч.iatros- врач, genes-рождающий) :

- Ятрогенные (острые или хронические заболевания, хирургические и диагностические вмешательства, госпитализация, болезнь членов семьи, новые диагнозы, рецидивы болезни и т.п.) стрессы
- Неятрогенные (межличностные кризисы, супружеские ссоры, разводы, трудности в учебе или работе, денежные затруднения, столкновения с законом и т.п.) стрессы

По отношению к возрастным периодам:

Для каждого этапа человеческой жизни характерны специфические стрессогенные ситуации: начало посещения детского сада, начало учебы в школе, специализированном учебном заведении, служба в армии, вступление в брак, выход на пенсию и т.п.).

Кроме того, необходимо отметить, что Всемирная организация здравоохранения рубрифицировала в отдельный таксон психосоциальные стрессы, среди которых отдельным пунктом были выделены «стрессы социальных изменений» и «стресс, обусловленный культуральной адаптацией (аккультурационный стресс)».

Стресс социальных изменений - это дистресс, связанный с радикальными и крупномасштабными переменами в жизни общества, способными вызывать дезадаптацию у отдельных людей , определенных социальных групп и даже общества в целом («социальная дезорганизация» общества).
Это может проявляться чувством социальной отверженности и несправедливости, чуждости новым социальным нормам, культуре и системе ценностей, осознанием собственной беспомощности и изолированности.
Стресс, обусловленный культуральной адаптацией (аккультурационный стресс) – это стресс в течение процесса индивидуальной или групповой культуральной адаптации, который может возникать в связи с определенными факторами внутри подвергающейся культуральной адаптации группы (например, затруднение в процессе изменения ее культуральной идентичности) или факторами, возникающими в другой группе (например, противодействие интеграции группы, подвергающейся культуральной адаптации).
Суммируя данные исследований, в которых отраженно влияние социокультуральных факторов на психическое здоровье населения, необходимо отметить, что любые исторические преобразования, влекущие за собой кардинальные социокультуральные изменения, небезразличны для психического здоровья населения. Оценка клинических проявлений психических и поведенческих расстройств, их диагностика, терапия и профилактика обязательно должны включать анализ влияния социокультуральных факторов и текущей исторической ситуации.

Глава 2. Проблема психической нормы и патологии, психического здоровья и болезни

«Мы приходим к нашим представлениям о нормальности через одобрение определенных стандартов поведения и чувств внутри определенных групп, которые налагают эти стандарты на своих членов. Но стандарты видоизменяются в зависимости от культуры, эпохи, класса и пола».

(*Карен Хорни)*

2.1. История вопроса.

Рассматривая вопросы историогенеза психических расстройств, нельзя не коснуться проблемы психиатрической диагностики, которая базируется, по сути, лишь на одном - на отграничении нормативного поведения от ненормативного, проявление которого в свою очередь детерминированы культуральными характеристиками общества и историческим периодом его развития.

Исторический анализ психиатрической науки показал, что в периоды социокультуральных преобразований вопрос отграничения психической нормы от патологии является наиболее дискутабельным и актуальным. Более того, именно в такие исторические периоды само существование психических болезней и психиатрии как науки подвергается ревизии. Новейшая история психиатрии XX века прекрасно иллюстрирует этот тезис. Еще в конце XIX века была четкая и устойчивая грань между психической нормой и патологией. И только в начале XX века в связи с распространением идей психоанализа она начинает размываться .

Первая мировая война послужила толчком для возникновения нового подхода к душевным болезням – экзистенциального. В его основе лежит такой подход к человеку, согласно которому его внутренний мир уникален, а его бытие- в- мире индивидуально и изолировано от общества. По мнению Л.Кинга, психическая болезнь – это условное обозначение иного «способа существования» и поведения человека, и болезнь принципиально не отличается от здоровья. Неврозы трактуются как «индивидуальное существование в иных пространственно-временных отношениях», психозы – как иное мировоззрение, отражающее уникальный субъективный мир человека. Шизофренический процесс рассматривается как реакция больной личности на стрессовую ситуацию, «специальная стратегия поведения», «способ жизни», «позиция личности», которая помогает человеку выжить в кризисных ситуациях. Диагноз «шизофрения» с точки зрения экзистенциальной психиатрии рассматривается как «политический ярлык».

Карл Ясперс (1883 – 1969), работая ассистентом в психиатрической клинике медицинского факультета в Гейдельберге, опубликовал свою знаменитую «Общую психопатологию» в 1913 году, в которой впервые использовал феноменологический подход к психическим болезням. Он рассматривал психиатрию не как научную дисциплину, а как своеобразное мистическое искусство, опирающееся на субъективное искусство врача.

В 60-е годы в Англии, Франции, США и др. западных странах на высоте бурных социально-политических протестов и манифестаций возникло антипсихиатрическое движение. Лидеры этого движения Рональд Лэнг (Великобритания) и Томас Шац (США) утверждали, что психические болезни – это «миф», они считали фикцией как нозологические формы, так и психопатологические синдромы. Ученые отстаивали точку зрения, согласно которой психиатрия осуществляет социальные, репрессивные функции.

Согласно их взглядам, психиатрические больницы и применяемые лечебные методы (электрошоковая терапия, лоботомия, транквилизаторы, нейролептики) являются воплощением дегуманизирующего начала в обществе, где «каста» врачей осуществляет насилие над «кастой» больных и изолирует неугодных обществу лиц. Английский психиатр Рональд Лэнг (1927-1994) организовал одну из первых в мире альтернативных клиник для лиц с психическими расстройствами. В своей книге «Расколотое «Я» он описывает внутренний мир больных шизофренией и призывает «учиться у шизофреников», которые

являются «проводниками» в другие состояния сознания, недоступные для «человека повседневности».

Французский философ и психолог Мишель Фуко (1926-1984) также считает психически больного невинно страдающей жертвой социальной системы . В книге «История безумия в классическую эпоху» (1961) он обосновывает тезис о том, что современная психиатрия не только по-новому стала изучать психические болезни в XIX веке, но и создала их. М. Фуко убедительно показывает, что безумие является производным истории, и формы его проявления обусловлены этапами исторического процесса.

Социокультурные изменения в нашей стране в последнее десятилетие XX века послужили новым импульсом к ревизии существующих диагностических и организационных принципов психиатрической науки в странах бывшего СССР. В конце 80-х начале 90-х годов в прессе и среди специалистов в сфере охраны психического здоровья началась многолетняя дискуссия о злоупотреблениях психиатрией в политических целях в СССР. Подвергались сомнению диагностические критерии, используемые в клинической психиатрии, оживились споры вокруг проблемы психической нормы и патологии. Наиболее показательной в этом плане является дискуссия вокруг «вялотекущей шизофрении», неоднократно освещаемая не только в специальных, но и в популярных изданиях. Началось и бурно развивалось антипсихиатрическое движение, ранее не характерное для СССР.

В 1997году впервые на русском языке издаются «Общая психопатология» выдающегося немецкого психиатра и философа Карла Ясперса, являющаяся классикой экзистенциальной психиатрии, в 1998году- «Экзистенциальная психиатрия» известного польского психиатра и философа Антона Кемпински (1918-1972) . Феноменологический подход к психическим заболеваниям неоднократно обсуждался и на страницах специальных изданий. Появились публикации об относительности границ между психической нормой и патологией.

2.2. Определения и критерии психического здоровья.

Следует отметить, что неоднократные попытки психиатров и психологов дать определение психической нормы так и не увенчались успехом. Еще П.Б.Ганнушкин в статье «Постановка вопроса о границах душевного здоровья» (1908) писал, что «между здоровьем и болезнью нельзя провести никакой определенной грани, что между нормальными и патологическими явлениями …существуют разнообразные и самые многочисленные ступени».

Сейчас в психиатрии под термином «психическое здоровье» понимают «такое состояние психики индивида, которое характеризуется цельностью и согласованностью всех психический функций организма, обеспечивающих чувство субъективной психической комфортности, способности к

целенаправленной осмысленной деятельности, адекватные (с учетом этнокультуральных критериев) формы поведения» (Б.С. Положий, 1998).

Н. Сарториус (1983) психическое здоровье определяет как (цит. По С.М.Громбаху, 1988):

- Отсутствие выраженных психических расстройств
- Определенный резерв сил человека, благодаря которому он может преодолеть неожиданные стрессы или затруднения, возникающие в исключительных обстоятельствах
- Состояние равновесия между человеком и окружающим миром, гармония между ним и обществом, сосуществование представлений отдельного человека с представлениями других людей об «объективной реальности».

Проблему психического здоровья невозможно обсуждать не коснувшись проблемы общего здоровья. Согласно определения ВОЗ, общее ***здоровье*** определяется как состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических недостатков, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие. Основные критерии общего здоровья (по ВОЗ) представлены во вставке 2.1.

Вставка 2.1 Основные критерии общего здоровья(по ВОЗ):

- Структурная и функциональная сохранность органов и систем;
- Свойственная организму индивидуально достаточно высокая приспособляемость к изменениям в типичной для него природной и социальной среде
- Сохранность привычного самочувствия

Одной из важнейших составляющих общего здоровья является психическое здоровье, критерии которого представлены во вставке 2.2.

Вставка 2.2 Критерии психического здоровья (по ВОЗ)

• осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»;

• чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;

• критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам;

• соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;

• способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;

• способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать это;

• способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных

ситуаций и обстоятельств.

2.3. Подходы к определению понятий психической нормы и патологии.

Согласно определения ВОЗ, ***норма*** - это этический стандарт, модель поведения или модель, которая рассматривается как желательная, приемлемая или типичная для той или иной культуры. Многие исследователи говорят о принципиальной невозможности дать определение «нормальному поведению», так как в разных культурах и при различных исторических ситуациях критерии психической нормы различны. Особенно часто вопрос о нормативности поведения возникает применительно к употреблению алкоголя и других психоактивных веществ, а также при оценке сексуальной ориентации и сексуальных предпочтений. В качестве примера можно привести ситуацию с клинической, этической и правовой оценкой гомосексуализма. Еще недавно он рассматривался как уголовно наказуемое деяние, затем как болезнь, а сегодня признан допустимой аномалией сексуального предпочтения. В настоящее время ряд психиатрических ассоциаций предлагает изъять «гомосексуализм» из всех классификаций и руководств и расценивать его как крайний вариант нормального сексуального поведения. Подобные ситуации не единичны. В понятийный аппарат культуральной психиатрии даже введено понятие «конфликт норм». В «Лексиконах психиатрии ВОЗ» (2001) ***конфликт норм*** определяется как ситуация, в которой идеальные нормы не совпадают с поведенческими нормами.

Анализ многочисленных исследований, посвященных поиску маркеров «нормального поведения», позволяет выделить ряд подходов к решению этого вопроса: (Б.С.Братусь, 1988; В.М.Павленко, С.О.Таглин, 1999).

1.Статистический подход. Согласно этому подходу, быть психически нормальным - значит быть «как все», либо соответствовать какому-то количественному стандарту .

Такой подход был характерен для советской психиатрии, в которой отклонение от среднестатистических норм поведения (религиозность, инакомыслие, нестандартная прическа, одежда, увлечения и т.д.) расценивалось как неадекватное поведение. По сути, экспериментально-психологический подход к диагностике психических расстройств также базируется на обнаружении отклонений от среднестатистических показателей и трактовке их как доказательства «ненормальности».

Такой подход принят и в классификации МКБ-10. Особенно показательна рубрика F7 (умственная отсталость), где в основу диагностики кладутся показатели коэффициента интеллекта (IQ). IQ ниже 20 свидетельствует о глубокой умственной отсталости; 20 – 34 - о выраженной умственной отсталости; 35-49 - об умеренной; 50-70- о легкой умственной отсталости. IQ в пределах 70-84 свидетельствует о близком к норме коэффициенте интеллекта, 85-115 – норма, 115-124 – выше нормы; 125-134 – высокий уровень интеллекта, более 135 – гений.

У И.В. Гете IQ был равен 200;
У Ньютона и Вольтера IQ = 190
У Г.Галилея IQ = 185
У Леонардо да Винчи IQ = 150
У И.С.Баха и Ч.Дарвина IQ = 140
У Коперника IQ = 130.

В настоящее время самый высокий коэффициент интеллекта среди жителей планеты, зафиксированный в Книге рекордов Гиннесса у 54-летней Мэрилин Вос Саван. Ее IQ был подсчитан еще в возрасте 10 лет и равен 228! Но, несмотря на то, что Мэрилин является самой умной женщиной планеты, она даже не закончила университет и сейчас ведет колонку в журнале и страничку в Интернете, где отвечает на многочисленные вопросы читателей.

Известно, что коэффициент интеллекта крайне вариабелен в различных культурах и его среднестатистическая норма в различных странах различна. Так например, в Германии средний IQ- 125, в Австралии – 130, в Индии – 140.

2.Адаптационный подход. Согласно данному подходу, быть психически нормальным - значит быть социально адаптированным и демонстрировать социально приемлемые и одобряемые стандарты поведения . T. Lidz подчеркивал социокультуральный аспект этого подхода. Он говорил о том, что поведенческие различия в разных социокультурных уловиях и этнических группах отражают эволюцию способов адаптации к ним. Этот подход весьма популярен в американской культуре, где критерий адаптации в обществе играет огромную роль. Ненормальным считается поведение человека, который ничем не выделяется, не хочет быть лучше, зарабатывать больше, придумывать что-то неординарное, шокирующее публику. Именно такой стиль жизни позволяет найти свою нишу в социуме, обеспечивает успех и адаптацию в обществе. Такой подход нашел свое отражение и в диагностических критериях.

В американской психиатрии пользуются классификацией DSM-IV, в которой наравне с психопатологической осью в диагностике выделяется и ось социального функционирования. Например, в этой классификации подчеркивается, что не следует ставить диагноз «расстройство личности» человеку с выраженными нарциссическими и параноическими чертами характера в том случае, когда эти черты способствуют благополучию и процветанию этого человека в обществе.

С таким подходом не согласны многие специалисты, которые отстаивают теорию, рассматривающую болезнь, как форму психической адаптации к изменившимся социальным условиям. Примером могут служить неврозы и алкоголизм. Немецкий врач и социолог И.Бодамер считает, что научно-техническая революция XX века явилась причиной неуклонного возрастания психических и поведенческих расстройств. Технический прогресс оплачен человеческим регрессом и оскудением его гуманного начала.

Польский психиатр и психолог К. Домбровский (1975) считал, что способность всегда приспосабливаться к меняющимся условиям является признаком

аструктурной личности без выраженной иерархии потребностей с признаками моральной и эмоциональной незрелости.

3.Психопатологический подход. В соответствии с этим подходом, быть психически нормальным - значит не иметь выраженных психопатологических симптомов.

Этот подход характерен для европейской культуры, где наличие психопатологического симптома (например, галлюцинаций) расценивается, как признак болезни. Такой подход не приемлем для некоторых культур Востока, где видения и галлюцинации рассматриваются как особый дар и благословение духов. Кроме того, такой подход не всегда применим в периоды исторических преобразований, когда наличие психопатологических феноменов в статусе человека теряет свою патологическую значимость. Например, в психиатрии дезориентировка во времени и месте считается признаком психического нарушения. И если бы 15-20 лет тому назад человек нарядился в мундир царской армии и объявил себя дворянином и потомком царствовавшей династии, то это было бы расценено, как признак психического расстройства. Сейчас в постсоветских странах с успехом функционируют дворянские собрания, где собираются сотни «потомков».

4.Гуманистический подход. В отличие от предыдущих подходов, в которых психическое здоровье определяется через нездоровье, а норма – через аномалию, гуманистический подход основан на изучении здоровых и зрелых людей. Гуманистически ориентированные психологи (Шарлотта Бюлер, Гордон Олпорт, Абрахам Маслоу, Карл Роджерс, Эрих Фромм) в отличие от бихевиорально – и психоаналитически ориентированных, подчеркивали роль самосознания и стремления к самосовершенствованию в нормальном развитии личности.

Наиболее полно это направление отражено в гуманистической теории личности Абрахама Маслоу (1908 – 1970). А. Маслоу был убежден, что понять психическое заболевание нельзя, пока не понята психика здорового человека. Он считал, что самоусовершенствование является основной темой жизни человека, темой, которую нельзя изучить, основываясь только на анализе лиц с психическими отклонениями. Эталоном психического здоровья он считал самоактуализирующихся людей. Характеристики самоактуализации были выявлены им при изучении биографий личностей, с его точки зрения, представляющих «редкий образец психического здоровья» и достигших вершин самоактуализации в своей сфере деятельности. В этот список вошло 48 человек, среди которых были: Томас Джефферсон, Авраам Линкольн, Джейн Адамс, Альберт Эйнштейн, Элеонора Рузвельт и др. (Л. Хьелл, Д.Зиглер, 1997).

Самоактуализирующиеся люди имеют следующие характеристики:

1. Более эффективное восприятие реальности. Они воспринимают мир и людей беспристрастно, более объективно и менее эмоционально, чем большинство людей. Они более толерантны к противоречивости и неопределенности, не боятся проблем, не имеющих однозначных решений и нехоженых путей для их постижения.

2. Приятие себя, других и природы. Эти люди принимают себя такими, какие они есть. Для них не характерно выраженное чувство вины, стыда и тревоги. Они самодостаточны и получают удовольствие от жизни во всех ее проявлениях (духовных, физиологических и пр.). Они могут переносить слабости других и не боятся их силы.
3. Непосредственность, простота и естественность. В их поведении отсутствует искусственность, они искренны и просты. Но если что-то затрагивает их представления, идеи, мировоззренческие установки, они, не колеблясь, отклоняют социальные нормы реагирования в подобной ситуации.
4. Центрированность на проблеме. Эти люди посвящают себя решению какой-то задачи без остатка. Для них второстепенными кажутся бытовые проблемы. Их интересуют больше вопросы философии и этики. А. Маслоу сравнивал поглощенность работой этих людей с любовным романом: «работа и человек, кажется, предназначены друг для друга…человек и его работа подходят друг к другу и принадлежат друг другу, как ключ и замок».
5. Независимость: потребность в уединении. Это самодостаточные личности, тщательно оберегающие свой внутренний мир от суеты. Они могут наслаждаться богатством дружбы с такими же самоактуализирующими людьми, которых, как правило, очень мало. Они независимы и любят уединение.
6. Автономия: независимость от культуры и окружения.Эти люди считают только себя ответственными за свою судьбу. Они настолько сильны и уверены, что им не нужны социальные поощрения в виде популярности, наград, почестей. Они считают, что лучше оставаться самим собой.
7. Свежесть восприятия. Они открыты для новых впечатлений и переживаний. Как дети, радуются восходу солнца, радуге, пению птиц, хотя переживают это в сотый раз. Каждый день полон для них не рутиной, а захватывающими и удивительными событиями.
8. Вершинные, или мистические переживания. Эти люди могут испытывать экстатические состояния (подобные кульминационным моментам любви) в периоды творчества, озарения, открытия или слияния с природой.
9. Общественный интерес ко всему происходящему в мире.
10. Глубокие межличностные отношения, особенно с подобными себе людьми.
11. Демократический характер. Они уважают людей вне зависимости от должности, расы, религии и прочих показателей социального статуса .Они не проявляют стремления к превосходству и авторитаризму.
12. Разграничение средств и целей. При достижении целей они придерживаются определенных нравственных и этических норм.
13. Философское чувство юмора.

14. Креативность.Способность к творчеству не только в сфере избранной специальности, но и во всех других областях. Маслоу говорил, что «в первоклассном супе всегда больше творчества, чем во второсортной поэзии».
15. Сопротивление окультуриванию. Самоактуализирующиеся личности обладают автономностью и уверенностью в себе. В связи с этим их мышление и поведение не поддаются социальному и культурному влиянию.Они могут разделять культуральные ценности, связанные с незначительными для них вещами (мода, питание, манера общения и т.д.), но проявляют чрезвычайную независимость суждений при решении вопросов, непосредственно затрагивающих их ценности и правила.

Как в психиатрии, так и в психологии данный подход имеет много оппонентов, прежде всего из-за субъективизма при выборке когорты лиц, признанных А.Маслоу самоактуализирующимися или идеально психически здоровыми людьми. Но несмотря на это, многие исследователи пришли к выводу, что «эти великолепные образцы психически здоровых людей напоминают нам, что потенциал психологического роста человечества гораздо выше, чем тот, которого мы достигли». Следуя принципам гуманистического подхода, ряд психологов считает эталоном психической нормы французского писателя и летчика Антуана де Сент-Экзюпери (1900-1944).

5.Культурально-релятивистический подход.

С момента издания Р.Бенедикт работы «Антропология и анормальное» (1934) сторонники культурного релятивизма предлагают считать нормальным все то, что соответствует представлениям данной культуры о норме. В культуральной психиатрии выделяются понятия поведенческой и ранговой нормы. Согласно определения ВОЗ ***поведенческая норма*** – это актуальное, обычное или модельное поведение, наблюдаемое в культуральной группе. ***Ранговая норма*** – это идеальные нормы поведения, ожидаемые от лиц, имеющих особую социальную роль и статус (например, духовенство, педагоги, врачи, судьи); обычно более строгие и альтруистические, чем нормы, предполагаемые для других людей.

Быть психически здоровым и психически больным в разных культурах означает разный психический статус человека. Более того, даже в одной стране, но в разные исторические периоды, которые сопровождаются сменой менталитета населения, понятие о психической норме и патологии меняется. Такой подход к проблеме способствовал накоплению интересных и зачастую необъяснимых для человека западной культуры фактов из жизни традиционных обществ и созданию этнопсихиатрии.

В настоящее время большинство исследователей склоняются к мнению о том, что бессмысленно рассматривать психопатологию в отрыве от культуры. Но между сторонниками универсалистского и релятивистского подходов ведутся дискуссии о степени влияния культуры на различные аспекты психических и поведенческих расстройств. Транскультуральные исследования, проводимые под эгидой ВОЗ позволили выделить ряд «универсальных психических расстройств», то есть расстройств, которые во всех культурах проявляются одинаковыми симптомами.

Исследования, посвященные этой проблеме более подробно рассмотрены в главе 5.

2.4. Уровни психического здоровья.

В психиатрии особенно четко видно, что понятие «психическое здоровье» и «психическая норма» не идентичны. Так, С.Б.Семичев (1987) выделил пять степеней состояния психического здоровья .

1.Идеальная норма или эталонное здоровье — состояние, при котором вероятность возникновения психических и поведенческих расстройств или психической дезадаптации равна нулю. Теоретически подразумевается, что все многочисленные показатели, характеризующие состояние психического здоровья человека, соответствуют эталонной норме, имеется полная психосоциальная адаптация индивида, личность гармонически развита. Это гипотетическое психическое состояние сродни «идеальному газу» в физике. «Гармонические натуры по большей части есть плод воображения» - писал еще П.Б.Ганнушкин на заре XX века.

Согласно определения ВОЗ ***идеальная норма –*** это поведение, поддерживаемое культуральной группой, поскольку оно является желательным или оптимальным. Это социально предписываемый образец поведения.

2.Среднестатистическое норма — состояние психолого-психиатрических характеристик, отражающих норму для определенной популяции. Эти характеристики выделяются при изучении конкретной популяции (с учетом пола, возраста, социального положения, социокультуральных особенностей региона проживания и т.д.). При этом состоянии есть вероятность возникновения психических и поведенческих расстройств, а также психической дезадаптации, которая резко возрастает во времена исторических преобразований и в кризисные периоды жизни человека и при макросоциальных потрясениях.

Следует отметить тот факт, что то состояние, которое для одной популяции может быть квалифицировано как среднестатистическая норма, для другой является показателем психического или поведенческого расстройства. Например, невыраженные интеллектуально-мнестичечские нарушения у лиц пожилого возраста укладываются в показатели среднестатистической нормы этой возрастной группы и свидетельствуют о расстройстве у лиц молодого возраста.

3.Конституциональная норма. Каждый конституционный тип предрасположен к определенному типу психологического реагирования и к определенному кругу психических и поведенческих расстройств. Для каждого типа существуют специфические патогенные факторы, в отношении которых он наиболее уязвим. Так, лицам с шизоидной конституцией присущи холодность, рационализм, повышенная чувствительность; лицам с циклотимической конституцией – смена настроения от веселья к подавленности.

4.Акцентуация — вариант психической нормы, который характеризуется особой выраженностью или заострением некоторых черт характера, что определяет

специфику уязвимости человека к определенным психическим и поведенческим расстройствам. Как правило, это расстройства поведения , наркогенные и психогенные расстройства.

5.Предболезнь — это состояние, при котором уже имеются некоторые симптомы психических расстройств (как правило невротический и аффективный уровень), но социальная адаптация еще сохранена или частично нарушена. По данным разных эпидемиологических исследований установлено, что предболезненное состояние в населении достигает 22%-89%. Чаще всего встречаются астенические расстройства (головная боль, расстройства сна, повышенная утомляемость, раздражительность, вспыльчивость) и аффективные расстройства (эмоциональная лабильность, тревога, дисфории). Вероятность болезни в этом случае стремится к 100%.

Следует отметить, что в МКБ – 10 отсутствует понятие «психическая болезнь». В понятийный аппарат современной психиатрии введено определение «психическое расстройство». В МКБ – 10 и DSM-IV под ***«психическим расстройством»*** понимают: «болезненное состояние с психопатологическими или поведенческими проявлениями, связанное с нарушением функционирования организма в результате воздействия биологических, социальных, психологических, генетических или химических факторов. Оно определяется степенью отклонения от взятого за основу понятия психического здоровья».

Из определения видно, что наличие или отсутствие психического расстройства определяется в конечном итоге теми представлениями о психическом здоровье, которые существуют в определенный исторический период с присущими ему социокультуральными особенностями, а также доминирующими в данный исторический период концепциями в области психиатрии и смежных с нею дисциплин. Известный психолог и суицидолог Карл Меннингер еще в 1964 году, размышляя над проблемой диагностики в психиатрии, писал: «Диагнозы изменяются потому, что мы меняем наши концепции болезни и расстройства психики». Спустя треть века, в 1990 году президент Королевского колледжа психиатров Великобритании Джим Берли так завершил мысль, высказанную К.Менингером: «Пациент страдает от болезни, доктор – от концепции».

Глава 3. Историческое поведение личности

«Живой человек носит в своем духе, в своем сердце, в своей крови жизнь общества: он болеет его недугами, мучится его страданиями, цветет его здоровьем, блаженствует его счастьем»

(В.Г.Белинский)

3.1. Культурно-исторический персоногенез (теории,гипотезы, взгляды)

Роль личностных особенностей в формировании клинического своеобразия психических и поведенческих расстройств неоднократно обсуждалась психиатрами. Но в отечественной психиатрии на периферии анализа оставались культуральные и конкретно-исторические условия персоногенеза. Акцент делался на изучении биологических и микросоциальных факторов (семейных, производственных, партнерских и прочих персональных отношениях), имеющих непосредственное отношение к данной личности. В клинической психиатрии использовались классификации личностных особенностей и типологии

характера, в которых не учитывалось историко-культуральное своеобразие эпохи. Например, ставшие хрестоматийными типологии личности (интроверт-экстраверт) и характера (истерический, шизоидный, эпилептоидный, психастенический, астенический, паранойяльный).

А между тем, профессор Московского университета М.М.Троицкий еще в 1882 году в своем труде “Наука о духе” сделал попытку соотнести психологию личности с конкретно-историческими условиями ее формирования. Он предлагал описывать естественное и культурное развитие личности “как длительный ряд психологических превращений” на фоне социальных преобразований. “Изменения государственного характера – реформы и перевороты, - писал он, - способны произвести потрясение самих основ личности, изменяя коренным образом личные свойства людей”. При описании исторического своеобразия личности М.М.Троицкий ввел понятие “общественно-исторической культуры личности”.

Особую актуальность проблема психологического эффекта исторических событий и их воздействия на личностную структуру человека приобрела в XX веке. Психолог А.Ф.Лазурский в 1922 году сформулировал концепцию отношений, в которой рассматривал процесс формирования черт характера, как процесс перехода социальных отношений во внутренние.Он показал, что характеристики исторической эпохи существенно влияют на формирование личностных особенностей человека. В дальнейшем, В.Н.Мясищев (1960) и Б.Г.Ананьев (1977) развили эту теорию, а К.К.Платонов среди выделенных им четырех подструктур личности первой назвал социально обусловленную структуру.

С именем Льва Семеновича Выготского (1896-1934) и Александра Романовича Лурия (1902 – 1977) связано изучение влияния культурно-исторических событий на формирование психических процессов человека. В основу своей культурно-исторической психологии Л.С.Выготский положил данные полевых исследований А.Р. Лурия 1930-1931 годов, проведенные в Киргизии и Узбекистане. Используя экспериментальные методы, он изучал познавательные процессы у местных жителей, за короткий промежуток времени переживших переход к новой исторической формации (неграмотных и овладевших новым пластом культуры, грамотных и получивших хотя бы начальное образование). Л.С. Выготский пришел к выводу, что многочисленные «знаки» истории и культуры (например, языковые, эстетические) изменяют психику человека (познавательные процессы, мышление, память, речь, индивидуальное сознание).

Он творил в самое трудное и трагическое для советского государства время – конец 20-х – начало 30-х годов. «Моцартом в психологии» назовут его историки науки. Он прожил всего 38 лет. В 1926-1927годах в санатории тяжело больной туберкулезом и приговоренный к близкому концу врачами, он написал фундаментальный труд «Исторический смысл психологического кризиса», где в рамках созданной им культурно-исторической теории изложил идею о знаковом характере психических изменений. К сожалению, книга увидит свет только через

56 лет – в 1982 году. Его последователи и ученики А.Н.Леонтьев (1981), А.Р.Лурия (1974), В.П.Зинченко, А.Г.Асмолов развили культурно-исторический подход к психологическим явлениям в советское время, однако в отечественной психиатрии эти идеи не получили развития.

Большой вклад в решение вопроса исторического персоногенеза внесли французские исторические психологи, которые считали, что представление каждой эпохи о личности отличается от простого отражения реальности, так как в его основе лежит идеология, которая определяет взгляды этой эпохи на человека и его место в обществе (I. Meyerson, 1954).

На связь индивидуального психологического развития с социокультурным влиянием указывал и Эрик Эриксон. Он считал, что на развитие личности оказывает решающее влияние социальная среда и что каждая новая стадия развития человека сопровождается психосоциальным кризисом, «который возникает как следствие достижения определенного уровня психологической зрелости и социальных требований , предъявляемых к индивидууму на этой стадии».

Эрик Эриксон выделил 8 стадий психосоциального развития личности, каждая из которых сопровождается как позитивными, так и негативными последствиями. Если кризис преодолен, то личность обогащается новыми, положительными качествами и сильными сторонами, если не преодолен — возникают симптомы и проблемы, которые могут повлечь за собой развитие психических и поведенческих расстройств (E.N.Erikson, 1968). На табл.3.1 представлены стадии психосоциального развития и результаты их преодоления. Отражены сильные стороны, а также проблемы и возможные отдаленные последствия неразрешенного кризиса.

Таблица 3.1 Стадии психосоциального развития и их результат (по Э Эриксону).

N	Стадия	Возраст	Психосоциальный кризис	Сильные стороны	Слабые стороны
1.	Младенчество	Рождение –1 год	Базальное доверие – базальное недоверие	Надежда	Страхи, подозрительность
.	Раннее детство	1–3 года	Автономия – стыд и сомнения	Сила воли	Стыд, неуверенность, страхи, навязчивости
3.	Возраст игры	3–6 лет	Инициативность – вина	Цель	Вина, зависимое поведение,

					расстройства личности
4.	Школьный возраст	6–12 лет	Трудолюбие – неполноценность	Компетентность	Неполноценность,трудности в общении
5.	Юность	12–19 лет	Эго – идентичность – ролевое смешение	Верность	Кризис идентичности, аддиктивное, ауто – или агрессивное поведение
6.	Ранняя зрелость	20–25 лет	Интимность – изоляция	Любовь	Одиночество, экзистенциальный вакуум
7.	Средняя зрелость	26–64 года	Продуктивность– застой	Забота	Эгоизм, чувство безнадежности
8.	Поздняя зрелость	65 лет – смерть	Эго– интеграция – отчаяние	Мудрость	Страх смерти, отчаяние, одиночество

На первой стадии психосоциального развития уже возможен первый важный психологический кризис, обусловленный недостаточным материнским уходом и отвержением ребенка. Материнская депривация лежит в основе “базального недоверия”, которое в дальнейшем потенцирует развитие страха, подозрительности, аффективных расстройств.

На второй стадии психосоциального развития психологический кризис сопровождается появлением чувства стыда и сомнения, что в дальнейшем потенцирует формирование неуверенности в себе, тревожной мнительности, страхов, обсессивно–компульсивного расстройства.

На третьей стадии психосоциального развития психологический кризис сопровождается формированием чувства вины, покинутости и никчемности, что впоследствии может стать причиной зависимого поведения, импотенции или фригидности, расстройств личности .

На четвертой стадии дети приобретают в школе знания и навыки межличностного общения, определяющие их личную значимость и достоинство. Кризис этого возрастного периода сопровождается появлением чувства неполноценности или некомпетентности, чаще всего коррелирующей с

успеваемостью ребенка. В дальнейшем эти дети могут утратить уверенность в себе, способность эффективно трудиться и поддерживать человеческие контакты.

Пятая стадия психосоциального развития-юность- считается наиболее уязвимой для социально стрессовых ситуаций. Э.Эриксон выделяет этот возрастной период как очень важный в психосоциальном развитии и считает патогномоничным для него развитие кризиса идентичности.

Кризис идентичности - это период времени, в течение которого доминирующими вопросами являются: "Кто Я?", "Как Я впишусь в мир взрослых?", "Куда Я иду?". В этот период молодым людям часто не достает ясного представления о своей собственной социальной роли, и они сами выбирают ту роль, которая им кажется подходящей в данной ситуации. Происходит ролевое смещение. Как правило, такие подростки не принимают морально-этические ценности, которые близки их родителям и пропагандируются обществом.

В периоды социокультуральных преобразований они с легкостью вступают в различные движения, партии, секты и другие социальные новообразования. Э.Эриксон пишет, что «ум подростка в поисках вдохновляющего единства идеалов становится умом идеологическим». Он считает кризис идентичности одним из основных психологических механизмов, объясняющих историю человека и человечества. Если период юности совпадает с периодом исторических преобразований, то подростки часто прибегают к аддиктивным формам поведения, агрессии и аутоагрессии. Эти формы поведения позволяют им ослабить эмоциональные стрессы и испытать чувство временного преодоления недостаточной идентичности (E.N.Erikson,1963).

Подростки пытаются выстроить собственную систему ценностей, часто вступая в конфликт со старшим поколением, ниспровергая их ценности. Классическим примером являются движение хиппи.

На шестой стадии психосоциального развития – стадии ранней зрелости, молодые люди ориентированы на получение профессии и создание семьи. Главной проблемой, которая может возникнуть в этот возрастной период, является поглощенность собой и избегание межличностных отношений, что является психологической основой для возникновения чувства одиночества, экзистенциального вакуума и социальной изоляции. Если кризис успешно преодолен, то у молодых людей формируется способность любить, альтруизм, нравственное чувство.

На седьмой стадии - стадии средней зрелости, основной темой психосоциального развития является забота о близких и о ближних. В этот период возможен «кризис старшего возраста», который выражается в чувстве безнадежности и бессмысленности жизни. В периоды социокультуральных преобразований, такие люди особенно уязвимы.

На восьмой стадии - стадии поздней зрелости, психосоциальное развитие во многом определяется физическим и психическим здоровьем, а также зависит от личностных особенностей человека и от того, как он прожил свою жизнь. Кризис идентичности возможен и на этом, последнем этапе жизни человека. Особенно драматичен он в периоды кардинальных исторических преобразований, когда идеалы, ценности, дело, которому человек отдал всю жизнь обесцениваются или даже признаются вредными обществом. И вновь, как в молодости, актуальными становятся вопросы: «Кто «Я»?», «Куда иду?», «Для чего жил ?».

Влияние культуры и истории на развитие личности на всех этапах ее жизни было убедительно продемонстрировано Э.Эриксоном в клинических наблюдениях, а также при анализе биографий исторических деятелей.

Наиболее выразительно обрисовал социальные детерминанты личности немецкий психолог и философ, представитель гуманистического направления Эрих Фромм (1995). Проанализировав социокультуральные условия существования человека и их влияние на формирование личности с конца Средневековья (конец 15 века) до нашего времени, Э.Фромм пришел к выводу, что социальные, политические, экономические и религиозные факторы играют существенную роль в формировании личности.

Он доказал, что для каждого исторического периода характерны свои специфические личностные особенности. Так, неотъемлемой чертой человеческого существования в современном западном обществе является одиночество, изоляция и отчужденность. Мысли, изложенные Э. Фроммом почти полстолетия тому назад, актуальны и сегодня.

Так, социологи с тревогой отмечают новую проблему, типичную для процветающего современного общества - неуклонный рост числа одиночек – людей, решивших не обзаводиться не только семьей, но и сколько – нибудь постоянным партнером. По данным немецких социологов, с 1990 года начался неуклонный рост этого, прежде немногочисленного, слоя населения. Этот феномен получил название «сингл» (от английского single – единственный, отдельный).Возраст этих людей – от 25 до 50 лет. Они отнюдь не аутичны или чудаковаты. Наоборот: они открыты для общения, мобильны, успешно делают карьеру и нацелены на максимальную самореализацию. Наиболее типичными для них являются следующие личностные черты:

- Высокая самооценка
- Честолюбие
- Самодостаточность
- Индивидуализм

- Стремление к личной свободе, праву единолично принимать решение и распоряжаться деньгами
- Суверенность личности

Чем же вызвано это мощное стремление к новому образу жизни? По мнению немецкого историка и социолога Артура Инхова, естественным ходом истории: «В Средние века, когда свирепствовали то голод, то война, то чума, лишь большая семья имела шанс на выживание. Теперь человек в состоянии справиться со своими проблемами в одиночку, поэтому меняется и психология общества. Оно позволяет «синглам» жить для себя. Прогресс снимает проблему добывания средств к существованию, а многие функции семьи берет на себя система социального страхования»(А.Волин, 2001). Социологи констатируют характерную для всех стран закономерность: как только благосостояние граждан вырастает до определенного уровня, тут же количество «синглов» резко начинает расти. Психологи считают, что «синглы» - типичное явление процветающего общества.

Но личность в процветающем обществе имеет и ряд других проблем. Например, свобода от жестких социальных , политических, экономических и религиозных ограничений, характерная для современной американской культуры, повлекла за собой утрату чувства полной безопасности и появления ощущения личной незначимости. Эмоциональные трудности, возникающие в свободном обществе, связаны с грузом собственной ответственности, налагаемой этим обществом, вызывает регрессивное желание быть ведомым и подвластным.

Э.Фромм (1947) выделил пять социальных типов характера, типичных для современных обществ.

- Рецептивный тип. Это люди с низкой самооценкой, зависимые, пассивные, доверчивые и сентиментальные. Для них характерна иждивенчески-потребительская позиция, они расчитывают не на свои силы, а возлагают надежды на родственников, друзей, государство. Они считают, что от них ничего или мало что зависит, и сценарий своей жизни связывают с внешними обстоятельствами. Они плохо адаптирующиеся к социально-политическим изменениям, болезненно на них реагируют, идеализируют прошлое, легко становятся жертвами финансовых афер. Стресс социальных изменений может повлечь за собой клинически оформленные психические и поведенческие расстройства.
- Эксплуатирующий тип. Для этих людей характерна высокая самооценка, уверенность в себе, чувство собственного достоинства, импульсивность, агрессивность, эгоцентризм, склонность к обладанию чужими идеями, эмоциями, плодами труда. Стратегия их поведения в ситуации социально-политических перемен деструктивна, часто антисоциальна, ориентирована на присвоение чужих материальных ценностей и идей.
- Накапливающий тип. Ригидны, упрямы, подозрительны, тяготеют к прошлому и сопротивляются социально-политическим изменениям. Вместе с тем, они предусмотрительны, сдержанны, лояльны, стремятся к

обладанию материальными благами, властью, любовью и не приемлют никаких поползновений на свои накопления.

- Рыночный тип. Этот тип сформировался в современном капиталистическом обществе и имеет следющие ключевые черты характера: оппортунизм, бесцельность, бестактность, опустошенность, неразборчивость в средствах, открытость, любознательность. Для этих лиц характерно убеждение, что личность оценивается как товар, который можно продать или обменять. Эти личности знакомятся только с нужными людьми, с которыми они обходительны и готовы продемонстрировать нужную им черту характера . «Я такой, каким вы хотите меня видеть»-вот их девиз.
- Продуктивный характер. Это самодостаточные люди с адекватной самооценкой, зрелой и целостной структурой характера. Они независимы, честны, спокойны, склонны к совершению социально-полезных поступков и творческому самовыражению. Их отличает забота обо всем живом на Земле, ответственность, уважение и компетентность.

Э.Фромм разделил эти типы характера на продуктивные (здоровые) и непродуктивные (нездоровые) типы. К непродуктивным типам он отнес рецепторный, эксплуатирующий, накапливающий и рыночный типы характера. Однако он подчеркивал, что ни один из этих типов не существует в чистом виде , так как непродуктивные и продуктивные качества сочетаются у разных людей в разных пропорциях.

Исходя из концепции Э.Фромма можно предположить большую значимость для психического здоровья или нездоровья в переломные периоды истории социальных типов характера. Так например, в тоталитарном обществе, характерном для СССР, произошла социально обусловленная деформация характера, где на протяжении 70 лет доминировал субмиссивный тип воспитания детей в коллективный учреждениях и авторитарный стиль руководства, способствующий формированию тоталитарного сознания в популяции. Такой тип людей культивировался в течение четырех поколений. Они хорошо адаптировались, так как отвечали стандартам «психической нормы» этого общества: жить и думать, как все, не выделяться, не претендовать на более высокую социальную ступень, ждать милости от власть придержащих.

В условиях открытого общества с формирующейся рыночной экономикой такой тип личности оказался дезадаптированным и не способным к самостоятельным действиям, требующим риска, долгосрочного прогнозирования и нестандартных решений.

Радикальные и стремительные преобразования исторического масштаба для населения СССР явились сильнейшим стрессовым фактором, Причем, неожиданно обретенная, недоступная раньше свобода от жестких социальных, политических, религиозных и экономических ограничений была мощным психологическим потрясением. Этот феномен был описан Э.Фроммом еще в 1941году в книге «Бегство от свободы», где он писал, что у обезличенного человека с утраченным чувством «Я» неожиданно пришедшая свобода вызывает

острое чувство беспомощности, одиночества, тревоги, неизвестности и глубокий внутриличностностный конфликт. «Свободный человек неизбежно лишен безопасности, мыслящий человек неизбежно лишен уверенности».

Конфликт между стремлением к свободе и стремлением к безопасности во многом обусловлен экзистенциальными потребностями человека. Э.Фромм выделяет 5 основных экзистенциальных потребностей человека.

- Потребность в установлении связей.

Для преодоления чувства отчужденности и изоляции от общества людям необходимо о ком-то заботиться, нести ответственность и любить. Если эта потребность не удовлетворена, человек не способен доверять другим и отстаивает только свои эгоистические интересы.

- Потребность в преодолении.

Преодоление себя путем активной творческой деятельности позволяет достичь чувства свободы и собственной значимости, повысить самооценку. Невозможность удовлетворения этой потребности влечет за собой деструктивность, то есть человек пытается преодолеть чувство неполноценности, уничтожая или покоряя других.

- Потребность в корнях.

На протяжении жизни человек испытывает потребность в родовых корнях и семейных традициях, в чувстве стабильности и прочности, что дает ощущения сходные с чувством безопасности, которое давала связь с матерью в детстве.

- Потребность в идентичности.

Человек нуждается в отчетливом осознании своей индивидуальности, непохожести на других, в самоидентификации. При неудовлетворении этой потребности человек не достигает подлинного чувства самоидентификации, он копирует привычки, стиль жизни и личностную стратегию поведения другого человека. Особенности конформистского сознания особенно явственно проявляются в периоды исторических перемен.

- Потребность в системе взглядов и преданности.

Для преодоления тревоги, изолированности от общества и обретения смысла жизни человеку необходима стабильная система убеждений и взглядов на природу, мораль и общество. Люди также нуждаются в объекте преданности и в возможности посвятить себя служению какой-либо идее, высшей цели или Богу.

Неудовлетворение экзистенциальных потребностей приводит людей к «экзистенциальному вакууму». В ситуации смены исторической эпохи эта категория лиц относится к группе риска по невротическим, связанным со стрессом, соматоформным, наркогенным и аффективным расстройствам. Эти лица склонны также к возникновению индуцированных психозов и фанатизма.

Для продуктивной психолого-психиатрической работы с этими пациентами немаловажным фактором является знание иерархии целей и потребностей этих лиц и механизмов их формирования.

В этой связи особый интерес представляет дифференциально-аналитическая концепция Н.Пезешкиана (1993), в которой он использовал транскультуральный

подход при объяснении механизмов формирования личностных качеств, иерархии ценностей и потребностей. Проанализировав ментальность представителей восточной и западной культур, он описал приоритеты, характерные для них. Согласно концепции дифференциального анализа личностные ценности сосредоточены в четырех областях . На основе культивирования этих ценностей в популяции формируются определенные приоритеты, стремление к которым становится смыслом жизни, а их утрата приводит к личностному кризису. Ценности каждой из четырех сфер передаются из поколения в поколение, закрепляются в процессе воспитания и обучения и согласно концепции К.Юнга, находят отражение в коллективном бессознательном. Н. Пезешкиан выделяет следующие области, в которых сосредоточены личностные ценности и приоритеты:

1. Тело / ощущения. В эту область включены следующие ценности: физическое и психическое самочувствие, внешняя привлекательность, сексуальность, удовлетворенность процессом сна и принятия пищи.
2. Деятельность / работа. К этой области относятся карьерные ценности, включающие престижность работы, отношение к труду, авторитет
3. Контакты. Ценностями этой области являются любовь, терпение, доверие.
4. Фантазии / будущее. Ценности этой области включают ценность религии, творчества, интуитивных способов жизни.

Человек западной психологической культуры ориентирован на ценности, сосредоточенные в первых двух областях: здоровье, моложавость, спортивность, сексуальная привлекательность, успех в бизнесе, карьеризм,ориентация на престиж и успех. Для него характерен индивидуализм, эгоцентризм, прагматизм. Цель жизни заключена в обладании этими ценностями.

Для человека восточной психологической культуры приоритетны ценности третьей и четвертой области: необходимость в эмоциональных контакты с людьми, поиск смысла жизни, творческое самовыражение . Они просоциально направлены, склонны к коллективизму, группоцентричны. Следование традициям, которые выросли из опыта многих поколений, является одной из главных ценностей этой культуры, которая нивилирует проблему «отцов и детей», столь характерную для западной культуры.

В периоды исторических потрясений, когда выражены процессы культурной ассимиляции, происходит ломка культурального стереотипа и национальной мотивации, что может способствовать развитию «культурного» шока. Молодые люди, наоборот, склонны к ассимиляции не свойственных предыдущему поколению ценностей и приоритетов, что приводит к межпоколенческим конфликтам.

3.1.1. Факторы, влияющие на процесс формирования исторического своеобразия личности.

Социально-психологический анализ ментального состояния населения Украины позволил констатировать, что процесс переживания человеком неблагоприятной исторической ситуации и адаптации к ней детерминирован целым рядом факторов. Среди факторов, влияющих на персоногенез и определяющих стратегию поведения личности в переломные исторические периоды/ первостепенными являются следующие:

1. Тип воспитания в детстве

- Субмиссивный (от англ. submission - подчинение, покорность, смирение). Направлен на подавление инициативы, индивидуального стиля поведения и мышления. Поощряется коллективная, ориентированная на безоговорочное подчинение авторитету (отец, воспитатель, учитель, руководитель) стратегия поведения. Следствием такого воспитания в детстве является формирование конформистского сознания, зависимого поведения и определенного менталитета, который немецкий социолог Phurtner (1991) назвал «авторитарным». Adorno (1973) описал «авторитарный синдром», характеризующийся тем, что человек чувствует себя комфортно только в позиции подчинения и послушания. Другие позиции вызывают у него психологический дискомфорт и тревогу. Клинический вариант такого состояния нашел свое отражение в зависимом расстройстве личности. Этот тип воспитания характерен для тоталитарного общества.
- Ассертивный (от англ. assertive –напористый, самоуверенный). Направлен на формирование инициативной, целеустремленной, самодостаточной личности, способной адекватно оценивать и прогнозировать ситуацию и добиваться цели. Характерен для открытого, демократического общества.

2. Характеристика личностных особенностей

- Тип психологической культуры, определяющий ценностную ориентацию и социальные приоритеты
- Структурные свойства личности (цельность - расщепленность, последовательность - противоречивость, устойчивость - изменчивость, глубина - поверхностность)
- Системные свойства личности (зависимость - независимость, адаптивность - неадаптивность, уравновешенность - неуравновешенность, включенность - невключенность в социальные процессы)
- Взаимоотношения в системе «Я» и «Другие» (отношение к людям, к обществу, к социальной деятельности)
- Механизмы идентификации (личностной, социальной)
- Я-структура личности (образ «Я» реального, идеального, социального)
- Самооценка личности. Люди с низкой самооценкой более чувствительны к историческим потрясениям и склонны к невротическим и соматоформным расстройствам. Как правило, они инфантильны и легковнушаемы, в связи с чем они склонны также к фанатическому поведению и восприимчивы к тоталитарным неокультам.

- Уровень притязаний личности
- Иерархия потребностей. Лица с доминирующими потребностями самоуважения и самоактуализации (А.Маслоу, 1987.) в большей степени подвержены социально-стрессовым расстройствам.
- Выражение и удовлетворение экзистенциальных потребностей.
- Способность к формированию зрелых психологических защитных механизмов и умение ослабить фрустрацию. Лица с доминирующими незрелыми (невротическими) механизмами психологической защиты склонны к сектанству, фанатизму, социально-стрессовым расстройствам
- Способность к перестройке ценностных ориентаций в неблагоприятной исторической ситуации
- Убеждения человека. Более уязвимы для стрессовых ситуаций лица, придерживающиеся иррациональных убеждений в отношении происходящего.(K. Rook et al., 1991).

3. Наличие личностных расстройств.

Наиболее чувствительны к историческим изменениям лица со специфическими расстройствами личности (зависимые, тревожные, нарциссические) и расстройствами привычек и влечений.

4. Тип самоопределения личности и выбор стратегии жизни в период исторических преобразований.

3.2. Стратегии поведения личности в неблагоприятной исторической ситуации.

Выбор стратегии жизни в период исторических преобразований – чрезвычайно важный фактор не только для направления исторических преобразований в стране, но и для психического состояния ее граждан. Так, пассивная жизненная стратегия чревата развитием невротических расстройств и аутоагрессивным поведением (алкоголизм, наркомании, суициды). К.А.Абульханова-Славская, изучавшая психологию советских людей в 70-80-е годы XX века, выявила характерные для популяции формы уходов от действительности (алкоголизация, маскировка личных целей и потребностей под общественно необходимые и одобряемые, двойственность и неоднозначность провозглашаемого и выполняемого в реальности). Результатом этой стратегии поведения, является формирование определенного исторического типа личности, отличающегося характерными психологическими особенностями. Например, описанный социологами и психологами феномен «исключительной терпимости и терпеливости» современных россиян и украинцев.

З.Фрейд в статье «Цивилизация и недовольство ею» (1930) описал следующие варианты «уклонения от неудовольствия» социокультуральной средой:

- уход от людей (достижение счастья покоя)

- умерщвление влечений (примером может служить уход от реальности в мир восточных религий, занятие йогой, медитация, то есть обретение счастья покоя в период исторических бурь)
- Сублимация влечений (занятие искусством, наслаждение иллюзорным миром и т.п.)
- Изменение реальности посредством химических веществ (алкоголизация , наркотизация) . К этому могу добавить неизвестную во времена З.Фрейда виртуальную, компьютерную реальность.
- Невроз – как вариант ухода от действительности, психоз – как вариант бунта против действительности.
- Действие вместе со всеми и ради счастья всех.

Проблема выбора поведенческой стратегии в стрессовых ситуациях практически не освещена в отечественной литературе. Обзор современной иностранной литературы по этой теме достаточно полно представлен в работе К. Муздыбаева (1998).

S. Folkman & R.S. Lasarus (1986, 1991) со своими сотрудниками описали 67 видов реакций человека и выделили 8 стратегий поведения в ответ на стрессовые ситуации .

1. Стратегия противостояния. Она выражается в агрессивном поведения, которое проявлдяется как в вербальной, так и в физической агрессии, направленной на объект, создавший фрустрирующую ситуацию или проблему.
2. Стратегия дистанцирования. Характеризуется попытками индивида отделить себя от проблемы и попытаться забыть о ней.
3. Стратегия самоконтроля. Заключается в стремлении к регуляции своих чувств, мыслей и действий.
4. Стратегия поиска социальной поддержки. Характеризуется попытками индивида найти в обществе информационную, материальную и эмоциональную помощь.
5. Стратегия принятия ответственности. Заключается в признании своей роли в порождении проблемы и в попытке не повторять прежних ошибок.
6. Стратегия избегания. Складывается из усилий человека избавиться от проблемной ситуации, уйти из нее.
7. Стратегия планового решения проблемы. Состоит в выработке плана действий и следования ему.
8. Стратегия позитивной переоценки. Выражается в усилиях человека придать позитивное значение происходящему, его попытку справиться с трудностями путем интерпретации обстановки в позитивных терминах.

Следует отметить, что несмотря на то, что использование одной стратегии поведения в стрессовой ситуации затрудняет применение другой, каждый второй человек использует одновременно несколько стратегий совладания с жизненными трудностями. (E.Wethington, R.S.Kessler, 1991). Наиболее продуктивными являются стратегии планового решения проблемы, принятия

ответственности, самоконтроля. Малоэффективными являются стратегии избегания и позитивной переоценки ситуации (B.N.Carpenter, 1992; Ch.J. Holahan, R.H. Moss, 1994; B. Headey, A. Wearing, 1990).

Люди разных поколений выбирают разные стратегии поведения. Молодые люди чаще используют стратегии активного поведения, пожилые – склонны к избранию пассивных стратегий. Мужчины чаще идут на прямые активные действия либо дистанцируются от проблемы, женщины – предпочитают пассивную стратегию поведения и поиск социальной поддержки(J.Veroff et al.,1981; A.A.Stone, J.M.Neale, 1984; K. Rook et al.,1991)

Э.Фромм для обозначения приспособления человека к изменившимся социальным условиям ввел понятие «динамическая адаптация».

По признаку «социальная направленность личности» условно можно выделить два варианта самоопределения личности в неблагоприятной исторической ситуации :

1. Пассивная социальная стратегия поведения. Выбор этой стратегии предполагает дистанцирование от ситуации или ее избегание, сужение границ социального взаимодействия, уменьшение уровня притязаний и снижение самооценки. Попытка приспособиться к неблагоприятным историческим условиям таким путем предполагает подавление личностных свойств, что чревато саморазрушением. Э.Фромм считал, что такой вариант адаптации аналогичен неврозу и приводит к неблагоприятным для личности последствиями. Эта стратегия поведения предполагает социальный конформизм или психологический уход от действительности, эскапизм (бегство от жизни), что влечет за собой аутодеструкцию и развитие аддиктивных форм поведения. Н.Пезешкиан (1995) описывает ***четыре вида «бегства от реальности»:***
   - ***«бегство в тело» -*** переориентация на деятельность, направленную исключительно на собственное здоровье (т.н. бодицентризм), внешность, повышение качества отдыха и секса (т.н. «поиск и ловля оргазма»)
   - ***«бегство в работу» -*** работоголизм
   - ***«бегство в контакты или одиночество» -*** чрезмерное общение или одиночество становится единственно желаемым способом удовлетворения потребностей
   - ***«бегство в фантазии» -***жизнь в мире иллюзий и фантазий, сопровождающаяся размышлениями, прожектерством, философскими и религиозными исканиями без попытки предпринять какое-либо действие.

2. Активная социальная стратегия поведения. Выбор этой стратегии поведения предполагает противостояние ситуации, глобализацию уровня притязаний, повышение самооценки, расширение границ социального действия и сохранение целеустремленности. Если стратегия поведения социально приемлема для данной исторической ситуации, то в конечном итоге это приводит личность к самореализации, если не приемлема (например, девиантное и криминальное поведение), то это ведет ее к деструкции.

Одним из вариантов социально приемлемой стратегии, часто встречающейся в периоды исторических преобразований, является жизненная стратегия, характеризующаяся доминированием политизированных форм поведения с признаками оппозиционности, идеологического радикализма и политического романтизма , а также демократичностью. История полна примеров, когда политически индифферентные люди в периоды исторических потрясений покидают свое профессиональное поле деятельности, изменяют социальное поведение и становятся политическими деятелями.

С точки зрения исторической психологии политическое поведение является результатом аномии, экзистенциальной пустоты, эмоционально негативного отношения человека к социокультуральным переменам. Для него характерны следующие особенности:

- социальная деструктивность, то есть направленность на существующую социокультурную систему
- психологический альтруизм, то есть решение не личных психологических проблем, а макросоциальных с отдаленной перспективой для самореализации
- ситуативность - политическая активность вызвана не личностными особенностями, а исторической ситуацией.

Массовые проявления аддиктивного поведения (алкоголизация, наркотизация и т.п.),»эпидемия самоубийств», рост социальной деструктивности (агрессия, противоправные деяния), политизация населения являются историко-психологическими феноменами. С одной стороны они порождаются неблагоприятными историческими условиями, , а с другой - они могут потенцировать кардинальные социокультуральные изменениями в обществе.

Стратегия исторического поведения личности определяется не только стилем воспитания в детстве и личностными особенностями, но и социально-политическими условиями. Например, в стране, выезд из которой затруднен, одним из выходов из неблагоприятной исторической ситуации является «духовная» эмиграция (стиль поведения Диогена). Человек сознательно отказывается от активной борьбы и погружается в духовные искания смысла жизни.

Схематично пути изменения социального поведения в неблагоприятных исторических условиях представлены в табл.3.2.

Табл. 3.2 Социальное поведения личности в неблагоприятных исторических условиях

Социальная направленность личности	Пассивная	Активная
Изменение уровня притязаний и	Уменьшение уровня притязаний и снижение самооценки	Глобализация притязаний и повышение самооценки

самооценки				
Изменение границ социального действия	Уменьшение границ социального действия		Увеличение границ социального действия	
Социальное поведение	Аддиктивное, суицидальное, эскапизм	Социальный конформизм	Эмиграция (духовная и физическая)	Делинквентное , криминальное, политическое поведение
Стратегия поведения в отношении ситуации	Дистанцирование, избегание	Поиск социальной поддержки	Выход из ситуации	Противостояние, активная включенность в ситуацию
Результат «динамической адаптации»	Аутодеструкция, остановка процесса самореализации		Путь к самореализации или деструкции личности	

3. 3. Динамика личностных изменений в неблагоприятной исторической ситуации.

Реакция личности на неблагоприятную историческую ситуацию растянута во времени и подразделяется на несколько периодов (Е.Ю.Боброва, 1997)

Первый период –«стресс остановленной самореализации». В этот период личность находится в состоянии фрустрации и психической дезадаптации. Нарушаются интерперсональные коммуникативные связи, доминируют агрессивные или аутоагрессивные стратегии поведения, в психическом статусе преобладают депрессивные расстройства с соматовегетативным компонентом. Классическим клиническим примером «стресса остановленной самореализации» может служить «невроз безработного». При психолого-психиатрическом обследовании лиц, зарегистрированных в центре занятости и пребывающих в состоянии безработицы от нескольких недель до нескольких месяцев, было выявлено, что только 58,7% среди них психически здоровы, 29,3% имеют астенические и аффективные нарушения, а 12%-психические заболевания (А.В.Гычев, П.П.Балашов, Е.Н.Попова, 1995).

Второй период-период перестройки ценностных ориентаций, восстановления утратившей целостность и понятность картины мира, коррекция самооценки и уровня притязаний. В зависимости от индивидуальных психологических характеристик возможно несколько вариантов объяснения собственной жизненной ситуации. Наиболее часты два психологических варианта объяснения: «Я плохой»- «Мир плохой». И тот и другой не продуктивны и по сути являются

вариантами невротических механизмов психологической защиты. Целостность картины мира восстанавливается лишь на короткий срок, после которого человек оказывается в «состоянии безверия». Клинически в психическом статусе этих лиц доминируют невротические и депрессивные расстройства.

Третий период-нарастание кризиса идентичности и формирование клинически и психологически очерченых его вариантов.

Понятие " кризис идентичности" в американской психиатрии был введен специально для описания психической дезадаптации, вызванной социальными потрясениями. Под термином " идентичность" понимают восприятие личностью самое себя, а под "кризисом идентичности" — потерю чувства самое себя как личности, неспособной принять роль, которую ему предписывает общество на данной стадии своей истории, либо приняв ее — адаптироваться к ней.

Б.С. Положий (1994, 1995) выделяет 4 варианта кризиса идентичности.

1. *Апатический вариант* — составляет около 40% всех выявленных случаев кризиса идентичности. Клинически он проявляется тревожно–депрессивными расстройствами, потерей жизненной перспективы, снижением активности и целеустремленности, уходом в мир своих переживаний, снижением самооценки, замкнутостью, пассивным ожиданием решения своих проблем. Этот стереотип поведения способствует развитию социально–бытовой и профессиональной дезадаптации.

2. *Диссоциальный или агрессивно–деструктивный вариант* — составляет около 12% от всех выявленных случаев кризиса идентичности. У этих личностей преобладает аффект злобы, дисфоричность, тенденция к разрушительному поведению и бескомпромиссным суждениям. Мышление приобретает сверхценный, а в некоторых случаях и параноидный характер. Следует отметить, что с одной стороны, они легко внушаемы и легко индуцируются лидерами, а с другой стороны, они сами являются мощным индуктором в толпе. В силу этих особенностей, данные личности часто примыкают к экстремистски настроенным группам, являются активными участниками различных акций, придавая им агрессивно–деструктивный характер. Кроме того, их часто можно видеть в криминальной среде.

3. *Негативистический или пассивно–агрессивный вариант* — составляет около 27%. Эти лица панически боятся всего нового, пессимистически воспринимают любые экономические и социальные новации, они постоянно испытывают чувство неудовлетворенности, не делая при этом ничего для изменения обстановки. Их пассивные протестные реакции заключаются чаще всего в постоянном брюзжании, желчной критике, пассивном противостоянии внедрению нового.

4. *Магический вариант* — составляет около 21% от всех лиц с кризисом идентичности. У этих личностей преобладает магическое мышление, которое формирует поведение, мировоззрение и весь стиль их жизни. Их отличает повышенный интерес к метафизическим проблемам, ко всему иррациональному и паралогичному. В норме магическое мышление свойственно примитивным

культурам и детям, а как психопатологический феномен оно встречается при шизофрении и обсессивно–компульсивных расстройствах.
Исследователи отмечают, что в периоды исторических потрясений обществу в целом свойственна “метафизическая пораженность” (активный интерес к астрологам, экстрасенсам, колдунам, ясновидящим и т.п.), и объясняют это тем, что магический стиль мышления носит характер защитного психологического механизма и снижает уровень тревоги и напряженности. Магический вариант кризиса идентичности может привести к опасным социальным последствиям. Ярким примером может служить деятельность секты “ Белое братство”, описание которой представлено в главе 10.4.
Проявления “кризиса идентичности” клинически полиморфны, но их объединяет социально–стрессовый механизм возникновения.
После этапа исторического переживания наступает время духовных исканий и исторического самоопределения. Этот период характеризуется появлением и стремительным распространением в обществе не свойственных ему ранее различных религиозных доктрин, философских течений , политических предпочтений. Одним из главных мотивов поведения человека в переломный период истории является стремление к обновлению и поиск новой веры и мировоззренческой позиции. Именно в этот период максимальна потребность в целителях и экстрасенсах, экзотических для данной культуры религиях и новых учениях. Эти мировоззренческие установки становятся массовыми, что влечет за собой изменение в массовом сознании. Именно в этот период отмечается максимальное проявления фанатизма.

3.4. Феномен поколения

Психиатрия - одна из немногих медицинских дисциплин, где проблема поколений представляется весьма важной как в диагностическом, так и в лечебно-реабилитационном процессе. Дело в том, что крушение сверхдержавы, которой был СССР, сопровождалось кардинальной сменой культуры, идеологии, иерархии ценностей, мировоззренческих установок, остававшихся неизменными на протяжении трех (!) поколений советских людей.
Учет возрастных различий между пациентом, его ближнего окружения и терапевтом всегда являлся важной составляющей лечебного процесса, но, пожалуй, никогда этот параметр не становится столь значимым, как в периоды исторических преобразований. И сегодня, как никогда, актуальны мысли французского психоаналитика Жака Лакана (1901 – 1981) о том, что беседа пациента и терапевта это процесс взаимодействия между их культурно-историческими корнями, то есть образно говоря – это беседа ментальностей. Культурно-историческая база как пациента, так и врача (психотерапевта, психолога) включает в себя пол, возраст, религиозные убеждения и вероисповедание, опыт пережитых исторических событий, национальные особенности, сексуальные предпочтения ориентаций.Для достижения эмпатии и

продуктивной работы (особенно психотерапевтической) с пациентом врач должен понять и оценить не только психопатологическую и личностную структуру , но и культурно-историческую неповторимость пациента.

Стремительные изменения в обществе способствовали возникновению интергенерационного расщепления, характеризующегося с одной стороны непониманием между поколениями, а с другой – целым рядом поколенческих различий, которые необходимо учитывать при диагностике и коррекции психических и поведенческих расстройств.

Поколение — возрастная группа людей, формирование характера которых происходит под влиянием определенных исторических событий, экономических и культурных условий, что обусловливает общность и сходство некоторых личностных характеристик в результате сходного для представителей данной возрастной когорты социального опыта(А.Е.Боброва, 1997)

Проблема хронологических параметров поколения («длины поколения» по Рюмелину) не нашла своего однозначного решения. Французский юрист Дромель выделяет понятие «политическое поколение» и считает, что его власть длится 16 лет. Испанский философ XX века Х. Ортега – и –Гассет считает продолжительность одного поколения равной 15 годам, русский поэт В.Хлебников – 28 годам, в толковом словаре Владимира Даля на 100 лет считают 3 поколения.

Рассматривая поколения, как историко-психологический феномен, А.Е.Боброва пришла к выводу, что поколенческая принадлежность личности обусловлена ее историческим своеобразием или поколенческой спецификой.

Поколенческая специфика личности- это комплекс личностных свойств, сформированный в определенной исторической ситуации, оптимально соответствующий адаптации личности к данному состоянию социальной системы.

Б.Г.Ананьев считает, что принадлежность к определенному поколению является важнейшей характеристикой личности, лежащей в основе ее поколенческой специфики. «Возрастная изменчивость индивидов одного и того же хронологического возраста, но относящихся к разным поколениям, обусловлена социально-историческими, а не биологическими причинами» - писал он.

Степень влияния исторической ситуации на личностную динамику зависит от возраста, в котором человек переживает историческое событие и его индивидуально-личностных особенностей. Так, на ребенка исторические события, происходящие в обществе оказывают меньшее влияние, чем на молодых людей, переживающих период самоидентификации и активного формирования мировоззрения. Как правило, представители поколения молодых становятся активными участниками всевозможных акций, направленных на социальные изменения.

Исторический психолог Е.Ю.Боброва (1997) выделяет следующие поколения, живущие в настоящее время в постсоветских странах (табл. 3.3)

Табл. 3.3 Поколения, живущие в настоящее время в постсоветских государствах

Условное название поколения	Годы рождения	Эпоха-историческое название	Время юности	Историческое событие
Поколение ветеранов	1910-1935	Эпоха сталинизма	1930-1955	Великая Отечественная война
Шестидесятники	1935-1945	«Оттепель»	1955-1965	XX съезд КПСС, Целина
Потерянное поколение	1945-1960	Эпоха застоя	1965-1980	-
Поколение бизнесменов	1960-1965	«Период пышных похорон»	1980-1985	-
Нигилисты	1965-1970	Перестройка	1985-1991	-
Наблюдатели	1970 и далее	Постперестройка	1991 и далее	Путч, ГКЧП, распад СССР, образование независимых постсоветских государств

Проблемой историко-психологических различий представителей разных поколений занимаются в основном социологи, демографы и исторические психологи. Однако в последнее время данная проблема становится все более актуальной для психиатров и медицинских психологов.

Прежде всего речь идет о различном психологическом состоянии и социальном самочувствии представителей разных поколений в периоды социокультуральных преобразований. Ухудшение социального самочувствия является немаловажным фактором в генезе психических расстройств, особенно непсихотического и поведенческого круга. Поэтому, говоря об исторической динамике психического здоровья населения и профилактиктических программах в сфере охраны психического здоровья, нельзя обойтись без анализа психологического состояния и социального самочувствия представителей разных поколений. Результаты такого анализа будут представлены в главе 4.

Учет феномена поколения немаловажен и при рассмотрении вопроса о социокультуральном патоморфозе психических и поведенческих расстройств.

A. Sadek, проведя транскультуральное исследование эндогенной депрессии пришел к выводу, что тяжесть депрессии положительно коррелирует с жесткостью социальных, моральных и религиозных норм. Взаимосвязь между тяжестью депрессивных фаз и исторической эпохой, в которой формировалась личность, подтверждена в работе Л.С.Драгунской. По ее наблюдениям, у пациентов старшего поколения (старше 60 лет) депрессия протекает в виде тяжелых классических фаз. Психологически эти больные характеризовались прочно усвоенными стабильными стереотипами поведения и ригидной, несколько

ретардированной системой ценностей. Эти характеристики отражают единообразие и жесткость социальных норм в отношении мировоззренческих, поведенческих стратегий и иерархии ценностей в эпоху, когда формировались личностные качества этих пациентов. Показательно, что согласно данным анамнеза, депрессивные фазы протекали тяжело у этих лиц и в молодом возрасте.

Знание психологических особенностей различных поколений необходимо также и при диагностике личностных расстройств, которая базируется преимущественно на оценке поведения индивида и степени его адаптивности к социальной среде. Стиль поведения, адекватный (то есть «нормальный» с психиатрической точки зрения) для недавнего прошлого, становится неадекватным ряду новых социальных условий. Возникающая межпоколенческая нетолерантность вызывает реакцию протеста, оппозиции, уходов, что является почвой для формирования зависимого поведения (чаще алкоголь- и наркозависимого). Результатом этого процесса является, также увеличение количества интергенерационных конфликтов, ведущих к гипердиагностике личностных расстройств. Классическим примером социокультурального межпоколенческого конфликта является движение хиппи. Именно благодаря этой субкультуре, в молодежной среде стало модным и престижным употребление наркотиков с целью изменения сознания и достижения нового уровня общения .

Нельзя не сказать и о специфических психологических проблемах старшего поколения в постсоветских странах. Вечная проблема «отцов и детей» резко обостряется во времена, когда происходят культуральные изменения в обществе и меняется менталитет его граждан. Молодое поколение «нигилистов», юность которых совпала с перестройкой, открывшей шлюзы для западной постмодернистской культуры, является носителем некоторых западных ценностей и представлений, чуждых среднему и старшему поколениям.

Еще на закате XIX века русский мыслитель Н.Федоров называл Европу «цивилизацией молодых». «Притча о блудном сыне стала символом европейского образа жизни» - писал он. Главную особенность этой цивилизации Н.Федоров видел в том, что «сыны человеческие сняли с себя обязанности перед отцами, предками, то есть перед традицией,... перестали считаться с прошлым, забыли свой сыновний долг». Характерные черты «цивилизации молодых» мы наблюдаем и в настоящее время . Ортега - и - Гассет даже описал особый психологический тип современного человека, не пропитанного духом традиций, для которого безнравственность стала нормой, а отвращение к долгу укоренилось онтологически.

В контексте обсуждаемой проблемы поколений не могу не затронуть проблему «двадцатилетних», то есть принципиально новой генерации людей, тех, кому сегодня 15 – 25 лет. Время формирования личности двадцатилетних – это время информационной всеядности и доступности практически без какой-либо идеологической, морально-этической и эстетической коррекции. Это время полной реабилитации Бога, секса и жестокости. Когда они учились читать и писать, по телевизору ежедневно показывали проповеди зарубежных религиозных

миссионеров, эротические фильмы и боевики, где кровь лилась рекой, а убийства совершались каждую минуту. На книжных прилавках соседствовали Библия, «Playboy» и кроваво иллюстрированные детективы. Они, в отличие от всех поколений советских людей, верящих в светлое будущее, воспитаны на мысли о том, что завтра может быть еще хуже, а может и вовсе не наступить. Нищета, мизерные зарплаты родителей, социальное неравенство стали привычными атрибутами их жизни с младенчества. Они привыкли жить «здесь и сейчас». Интересно, что именно в этот период и психотерапевты стали активно использовать ранее практически не применявшуюся в отечественной психотерапевтической практике гештальттерапию, ориентированную в основном только на решение проблемы «здесь и сейчас».

Для другой, более обеспеченной когорты «двадцатилетних» привычным атрибутом жизни стал Интернет. Они не представляют, что информации вдруг может не стать. Любая (!!!) информация для них абсолютно доступна, они ощущают себя компетентными или осведомленными во всех сферах жизни. Они добывают информацию не путем долгих поисков, размышлений, порою невероятных физических и интеллектуальных усилий, как делали представители старших поколений, а путем нажатия электронной мышки. Эти молодые люди мало читают, не интересуются политикой и искусством (в отличие от поколений, знавших что такое дефицит, в том числе и информационный), вся нужная им информация вмещается в формат монитора.

«Двадцатилетние» более склонны к различным аддикциям, деструктивным формам поведения и депрессиям, чем представители более старшего поколения, чья юность проходила при совершенно других общественно-политических и социокультуральных условиях.

Представители этих двух поколений – поколения «ветеранов» (лица старше 60-70 лет) и поколение «наблюдателей» (моложе 20-25 лет) – оказались самыми уязвимыми в период радикальных изменений в обществе. Подробный анализ их психологического самочувствия и динамики психических и поведенческих расстройств представлен в главах 4 и 5. Приведу лишь несколько цифр. С 1983 по 1997 годы количество суицидов среди группы лиц младше 20 лет и старше 60 лет (в анамнезе которых не отмечено психических и поведенческих расстройств) возросло с 5,4% до 12,6% . Среди лиц моложе 20 лет количество завершенных суицидов увеличилось на 1,5%, среди людей старше 60 лет – на 8,4%. (Н.Н.Бровина с соавт, 2000).

В заключение не могу не вспомнить слова известного советского психолога Б.Г.Ананьева, долгие годы изучавшего процесс формирования личности под воздействием исторических событий. «Жизненный путь человека – это история формирования и развития личности в *определенном* обществе, *современника* определенной эпохи и *сверстника* определенного поколения. Вместе с тем, фазы жизненного пути датируются историческими событиями, сменой способов воспитания, изменениями образа жизни и системы отношений, суммой ценностей

и жизненной программой – целями и смыслом жизни, которыми данная личность владеет».

Глава 4. Динамика некоторых социокультурных и социально-психологических показателей в Украине.

«…как социокультурные индивиды, мы являемся теми, кем мы есть, благодаря действию социокультурных сил; и мы ведем себя таким образом, каким нас побуждают действовать эти силы».

Питирим Сорокин «Человек. Цивилизация. Общество»

В Украине и странах СНГ сложилась уникальностью ситуация для изучения динамики психических и поведенческих расстройств в одной популяции в условиях стремительно изменяющихся исторических и социокультуральных процессов. В этих странах на протяжении 3 поколений сформировалась определенная культурная среда, которая затем подверглась кардинальным изменениям за короткий промежуток времени.

Развитие ситуации в странах бывшего СССР и в независимой Украине является социальной моделью, на примере которой возможно проведение таких исследований.

Однако изучение историогенеза психических и поведенческих расстройств в периоды структурных преобразований общества невозможно без описания социокультурного ландшафта и оценки психологического состояния и социального самочувствия населения в этот исторический период.

При анализе социокультурных и социально-психологических характеристик были использованы данные, оценивающие «человеческое развитие» в рамках Программы развития ООН (ПРООН) в Украине (Україна. Людський розвиток.Звіт, 2000), данные социологического мониторинга общественного мнения, проведенного Институтом социологии НАН Украины в рамках проекта «Украина на грани XXI столетия» (Паніна Н.В., Головаха Є.І., 1999) и данные „Статистичного щорічника України за 1999 рік (2000).

Среди многообразных сведений, отраженных в таблицах индикаторов человеческого развития Украины, остановлюсь на наиболее значимых для анализа исторической динамики психических и поведенческих расстройств.

Украина является страной с относительно однородным национальным составом, который мало изменился за последние 10 лет. На 1.01.2000г. ее национальный состав был представлен следующим образом:

Украинцы – 72,7%
Россияне – 22,1%
Другие – 5,2%

Кроме того, миграционные процессы в Украине выражены меньше, чем в других странах СНГ. Сальдо миграции за 1999 год = *- 0,9* (число прибывших в Украину на 1000 населения – 15,4; число выбывших – 16,3).

Демографическая структура население Украины и его территориальное распрелеление представлено следующим образом:

На 1.01.2000г.:
Численность населения – 49,7млн.
Из них: жители города - 68%
Жители села – 32%
Распределение по полу и возрасту :
Мужчины – 46,5% (за 1999г.)
Женщины – 53.5% (за 1999г.)
Младше 16 лет – 19,4%
Работоспособный возраст – 57,2%
Старше работоспособного возраста – 23,4%
Безработица (в % к работоспособному возрасту в 1999г.) – 4,3% .

Подробно социально-демографическая ситуация в Украине на современном этапе и возможные перспективы ее развития изложены в книге „Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров`я в Україні"(2000).

4. 1. Социальное самочувствие и психологическое состояние населения

В предыдущих главах достаточно подробно описаны механизмы историогенеза психических и поведенческих расстройств. Бесспорно, что ухудшение социального самочувствия населения, которое сопутствует социокультуральным

изменениям в обществе, является немаловажным фактором в генезе психических расстройств, особенно непсихотического и поведенческого круга . Поэтому, говоря об исторической динамике психического здоровья населения Украины, нельзя обойтись без анализа его социального самочувствия и психологического состояния, а так же динамики, структуры и тяжести стрессовых ситуаций, которые оно переживает.

В течение 5 лет (1994-1998гг.), сотрудниками Института социологии и фирмой «Социс» проводился социологический опрос 9044 респондентов из всех областей Украины и республики Крым. Генеральную совокупность выборки составили лица старше 17 лет, по социально-демографическим показателям полностью отражающим соответствующую структуру населения Украины и ее областей. Анализ позволил констатировать социальную дезинтеграцию общества, прогрессирующее ухудшение психологического самочувствия людей и усиливающееся массовое национальное отчуждение (Н.В.Паніна, Є.І. Головаха, 1999) .В 1998г. 23,9% интервьюируемых причисляли себя к лицам, стоящим на самой низкой ступени социальной иерархии и 45,5% отметили, что не могут приспособиться и жить в новых социальных условиях. И если в 1994году около половины респондентов не были в полной мере удовлетворены жизнью, то в 1998 году уже свыше 70 % людей причисляли себя к этой категории. При анализе изменений социального самочувствия респонентов выявлено, что уже в 1995году его уровень был значительно ниже среднего значения и затем ежегодно он последовательно снижался. Это снижение связано прежде всего с ухудшением социального самочувствия у лиц старшей и средней возрастных групп, а также жителей села.

Особого внимания заслуживает анализ структуры и динамики стрессовых ситуаций, которые переживает население в данный исторический период времени, отраженный в табл. 4.1

Табл. 4.1. Распределение ответов на задание: «Отметьте, пожалуйста, в каких из перечисленных ниже стрессовых ситуациях вам пришлось быть в течение последнего года?"(в %).

Ситуации	1994	1995	1996	1997	1998
Оказаться в большом материальном затруднении, когда даже не за что купить необходимые продукты	34,0	36,4	40,1	44,2	46,1
Разочароваться в людях, встречаясь с подлостью, предательством	29,8	26,6	29,7	27,1	27,0
Пережить тяжелую болезнь близких	24,9	26,8	26,1	23,9	24,8
Утратить социальный	24,8	29,1	29,6	29,3	32,2

оптимизм, надежду на то, что состояние в стране изменится к лучшему					
Утратить веру в свои силы до такой степени, что буквально ничего не хотелось делать	18,5	19,6	20,8	20,9	21,5
Ощущать свою беспомощность перед произволом власти	16,5	20,6	19,9	21,9	24,1
Пережить тяжелую болезнь, операции	14,2	16,9	12,4	11,3	13,9
Лишиться работы, быть вынужденно безработным	9,9	11,2	11,2	13,1	14,4
Серьезно конфликтовать с окружающими	9,8	8,0	9,3	8,0	7,6
Пострадать от какого-нибудь преступления (кража, ограбление, нападение и т.д.)	7,9	10,3	7,9	7,4	7,9
Потерять большую сумму денег из-за неудачной финансово-коммерческой операции	4,0	5,7	5,5	3,8	3,6
Обращаться за помощью в суд, прокуратуру, к адвокату	3,1	3,6	3,4	3,4	5,0
Находиться в состоянии, близком к самоубийству	2,6	2,9	2,9	1,9	3,1
Переживал другие стрессовые ситуации	4,5	4,8	5,4	5,4	7,3
Никаких тяжелых стрессовых ситуаций в течение последнего года я не переживал	19,0	22,0	20,4	21,2	14,6
Не ответили	0,9	0,1	0,0	0,1	0,3

.

При анализе структуры стрессовых ситуаций и ее динамики в Украине за период 1994-1998годы (табл. 4.1) видно, что подавляющее большинство респондентов переживают тяжелые, неуправляемые, хронические, множественные, преимущественно неятрогенные макрострессы, которые усугубляются сменой национальной мотивации и ведут к стрессу социальных изменений. И если в 1994-1997 гг. около 20% интервьюируемых не отметили у себя никаких стрессовых ситуаций в течение года, то уже в 1998году таких оказалось только 14,6%.

Из данных таблицы 4.1 видно что с каждым годом возрастает количество тяжелых стрессов, примерами которых являются хронические болезни , стрессы, вызванные кражами, ограблениями, нападениями и т.п., потерей материальных

ценностей, финансовыми трудностями, вплоть до невозможности удовлетворить свои витальные потребности - купить самые необходимые продукты.

Это является основой для развития витальной тревоги в популяции, которая характеризуется состоянием, связанным со страхом невозможности осуществить витальные функции (голод, жажда, секс и т.п.). Нарастает социальный пессимизм и безработица. Люди чаще отмечают проблемы со здоровьем, что указывает на возрастающий темп и напряжение жизни, усиливающуюся тревогу и снижение уверенности в своих физических и психических ресурсах, необходимых для преодоления жизненных трудностей.

Возрастающее число психосоматических расстройств в Украине (и других странах СНГ) является закономерным этапом развивающихся отдаленных последствий тяжелых хронических социально стрессовых ситуаций. Следует ожидать, что с годами количество психосоматических расстройств еще более возрастет.

Особую тревогу вызывает тот факт, что ежегодно возрастает количество людей, находящихся в состоянии близком к самоубийству.В 1998году этот показатель достиг 3,1% (!). Эта цифра тем более вызывает беспокойство, что она коррелирует с официальной статистикой суицидов. Так, в Украине показатель завершенных самоубийства в последние три года - около 30 на 100тыс.населения. Суицидологи утверждают, что на 1 завершенный суицид приходится 10 попыток (а в подростковом возрасте-до 100).

Характеристика социокультурального ландшафта будет не полной, если не обратиться к анализу семейной ситуации в Украине. В главе 1.4 была описана ее чрезвычайно важная роль в историогенезе психических и поведенческих расстройств. В табл.4.2 представлена динамика разводов и рождения внебрачных детей, которая косвенно отражает состояние субсистемы «семья» в обществе.

Табл. 4.2 Динамика разводов и рождений внебрачных детей в Украине (1990-1999годы)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Разводы (% от всех браков)	39,8	41,1	56,5	51,2	51,9	45,2	63,3	54,6	57,9	51,0	
Внебрачные роды (%)	11,2	11,9	12,1	13,0	12,8	13,2	13,6	15,2	16,2	17,4	
Семьи с одним родителем	13,5 *										

* - данные переписи 1989 года

Показатели по этим параметрам являются весьма значимыми при оценке состояния общества, так как с психологической точки зрения целью брака является получение безопасности, уменьшение тревоги, удовлетворение актуальных потребностей (биологические, психологические, социальные и экономические). Развод сам по себе вляется мощнейшим стрессором, который по 100-бальной шкале стрессов T.H. Holmes & R.H. Rahe оценен показаталем в 73 балла. Это второй по мощности стрессогенный фактор после смерти супруга,

оцененного в 100 баллов. Особенно патогенен он в периоды исторических перемен, так как теряется один из ресурсов, обеспечивающих психологическую защиту человека. По данным переписи 1989 года в Украине зафиксировано 13,5% семей с одним родителем. Согласно шкале тяжести психосоциальных стрессов, подробно описанной в главе 1.5, дети, выросшие в неполных, деструктивных семьях переживают тяжелый хронический стресс и относятся к группе риска по развитию поведенческих и невротических расстройств. В переходные периоды истории, когда меняются приоритеты общества и зачастую забота о детях остается на периферии его интересов, количество этих расстройств возрастает.

4.1.1. ***Уровень тревожности и общая жизненная удовлетворенность населения***

Для характеристики этих параметров в переходный историченский период наиболее показательными и информативными являются, по мнению Е.И.Головахи и Н.В.Паниной (1994), уровень тревожности и общая жизненная удовлетворенность населения.

Уровень тревожности позволяет выявить степень эмоциональной реакции на фрустрирующие ситуации и стрессовые воздействия социума, то есть оценить ситуативную тревожность. Этот показатель позволяет измерить функциональное психологическое состояние человека. Его используют в социальной психиатрии для эпидемиологических исследований с целью определения состояния психического здоровья населения.

Измерение жизненной удовлетворенности позволяет объективизировать психологическое состояние личности, ее отношение к жизни в целом, общее состояние морального духа и психологическую устойчивость к сильным стрессогенным воздействиям. Этот показатель позволяет судить о жизненном оптимизме (или пессимизме) как личностных качествах, проявляющихся в условиях выраженных и интенсивных социальных изменений и используется в социологии и психологии для изучения психологического состояния людей из различных социальных слоев и демографических групп в периоды исторических потрясений.

Уровень тревожности населения Украины был изучен Е.И.Головахой и Н.В. Паниной в 1992 году. При его исследовании использовалась шкала тревожности Спилберга, адаптированная Ю.Л.Ханиным. Полученные результаты отражены в таблице 4.3.

Табл. 4.3 Распространенность тревожности среди различных половозрастных групп населения Украины (%)

Тревожность	Всего	Пол		Возрастная группа		
		муж	жен	до 30 лет	31 - 55 лет	Свыше 55 лет
Низкая	12	13	11	13	14	9

Нормальная	49	57	42	56	46	43
Повышенная	15	12	18	14	17	13
Высокая	20	15	25	15	19	29
Гипертревож ность	4	3	4	2	4	6

Анализ полученных данных позволил констатировать следующее:

1. Уровень тревожности и индекс жизненной удовлетворенности коррелируют с поколенческой принадлежностью и полом:

- у лиц моложе 30 лет преобладает нормальный уровень тревожности и высокие показатели жизненной удовлетворенности, что свидетельствует о благополучии психоэмоциональной регуляции и жизненном оптимизме.
- у лиц среднего возраста (31-55 лет) нарастает тревожность и снижаются показатели жизненной удовлетворенности и оптимизма, что указывает на предельную мобилизацию психоэмоциональных ресурсов и понижение психологической устойчивости личности. Чем выше тревожность, тем ниже показатель жизненной удовлетворенности.
- у представителей старшего поколения (особенно у неработающих пенсионеров), произошло катастрофическое снижение индекса жизненной удовлетворенности и повышение тревожности. У каждого третьего - высокий уровень тревожности, который является показателем социальной дезадаптации и исчерпывающихся психологических ресурсов личности, требующих вмешательства медицинского психолога. У 6% - гипертревожность, свидетельствующая о клинически выраженных психических и поведенческих расстройствах, требующих вмешательства психиатра.
- для женщин характерна более высокая тревожность и пониженный уровень психологического комфорта в сравнении с мужчинами, что характерно и для других стран. Вероятно, это обусловлено большей эмоциональной лабильностью женщин

2. Уровень тревожности и индекс жизненной удовлетворенности коррелируют с образованием, профессиональной деятельностью, материальным положением и соматическим здоровьем

- у лиц с неоконченным средним образованием отмечена повышенная тревожность и выражен пессимизм; уровень тревожности повышен у малоквалифицированных (и, следовательно, низкооплачиваемых) и неработающих пенсионеров, а также у больных людей.

Социальными психологами установлено, что основными факторами психологической устойчивости , как для стабильного, так и для нестабильного общества являются индивидуально-психологические особенности личности, ее установки и мироощущение.

В нестабильном обществе, переживающем исторические преобразования, выявлена корреляционная связь между уровнем дохода и психологическим состоянием человека, чего не отмечалось в социалистическом обществе.Для психического здоровья человека в посттоталитарном обществе особую важность приобрели следующие факторы: уверенность в своем будущем и будущем семьи, экономические и экологические перспективы общества, возможность лично взаимодействовать с социальной системой для решения своих материальных и карьерных проблем.

4.2. Повседневные занятия и доминирующие стратегии поведения.

Говоря о социокультуральных особенностях определенной исторической эпохи, нельзя не коснуться вопроса структуры повседневных занятий, как одной из основных характеристик способа жизни населения в изучаемую историческую эпоху. Кроме того, эти данные могут служить для выявления компенсаторных стратегий поведения населения в переломный исторический период. В табл. 4.4 отражен перечень занятий, которыми люди заполняют свободное от работы время, хотя бы один раз в течение последней недели (включая выходные дни).

Табл. 4.4 Распределение ответов на задание: «Выделите все виды занятий, которыми вы занимались в свободное от работы время, хотя бы один раз в продолжение последней недели (включая выходные дни)» (в%)

Виды занятий	**1994**	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**
Просмотр телепередач	79,2	80,3	79,7	82,6	80,1
Чтение газет	53,6	57,4	56,2	58,5	61,9
Прослушивание радиопередач	47,3	49,8	45,1	52,6	50,2
Просто отдых, ничего не делая	42,9	38,2	38,2	39,0	39,0
Поход в гости	39,6	38,2	34,3	37,3	36,1
Занятия с детьми (уроки, игры, прогулки)	38,6	35,6	32,3	34,3	35,1
Прием гостей	38,2	39,4	34,9	36,7	34,7
Чтение художественной литературы	37,7	37,2	33,5	35,0	35,0
Прослушивание музыки (пленки, диски)	32,4	33,1	32,4	33,7	32,9
Посещение вещевого рынка как покупатель	30,0	32,4	29,6	27,2	26,4
«Поход» по магазинам (не продуктовым)	22,9	19,6	15,1	16,0	14,1
Поездка за город для отдыха на	21,5	19,0	20,4	18,8	18,2

природе					
Утренняя гимнастика и физкультура	17,9	16,9	16,3	15,9	17,5
Написание писем	15,3	12,6	11,4	10,8	11,8
Посещение церкви	14,4	12,9	13,6	16,8	14,0
Прикладное творчество (рукоделие и т.п.)	12,9	11,8	9,5	10,2	9,2
Настольные игры	11,9	12,9	12,7	14,3	13,1
Работа по совместительству	11,5	10,8	12,0	10,1	10,1
Посещение ресторана, кафе, пивбара	9,3	8,6	9,3	8,8	9,8
Бег, оздоровительные прогулки	8,4	8,3	7,2	8,9	8,2
Посещение кинотеатра	7,9	3,4	2,6	1,7	1,5
Посещение вещевого рынка в роли продавца	7,8	6,8	5,1	4,7	5,1
Посещение библиотек	7,2	6,9	5,8	5,7	5,9
Общественная работа	5,0	4,0	4,5	3,5	4,3
Занятие спортом (бассейн, стадион, зал)	4,7	4,6	4,8	4,0	4,9
Компьютерные игры	4,7	7,0	7,9	5,7	6,6
Художественное творчество (написание стихов, прозы, рисование, музицирование)	4,5	4,2	4,1	4,4	3,5
Посещение спортивных мероприятий в роли зрителя	3,8	3,5	3,8	4,4	4,0
Посещение театров, концертов, музеев, выставок	3,4	4,0	3,4	4,1	3,9
Экскурсионные поездки	2,9	2,7	2,1	1,7	2,3
Посещение кружков, курсов	1,9	1,3	1,8	0,8	1,9
Другие виды занятий	6,6	6,5	5,6	5,5	7,2
Не ответили	0,5	0,2	0,0	0,1	0,3

Обращает на себя внимание, что в популяции преобладает пассивно-созерцательная позиция . Психологические механизмы защиты в большинстве носят невротический, непродуктивный характер по типу замещения, ухода от действительности, вытеснения, избегания, отказа. Подавляющее большинство респондентов занимает свой досуг просмотром телепередач и чтением прессы.

Ушли на периферию интересов классика и авангард, популярны одномерные сериалы, низкопробные шоу, в том числе и трансвеститов (a la Верка Сердючка). В популяции выражена тенденция к обеднению словарного запаса и деградации культуры речи; популярна ненормативная, криминальная лексика. Согласно ***гипотезе лингвистов Сепира и Уорфа*** культура формирует язык, а язык, в свою

очередь, влияет на то, каким люди видят мир, как они воспринимают человеческие взаимоотношения и какой образ жизни они ведут.

Имеет место тотальная вовлеченность населения в информационное пространство, которое имеет тенденцию к нарастанию. Причем, уровень доверия СМИ возрастает из года в год . Так, если в 1994году СМИ доверяло только 19,9%, а не доверяло 36,6% населения, то в 1998 году уровень доверия достиг 26,2%, а недоверие СМИ отметили 31,9% респондентов.

Это чрезвычайно важная характеристика меняющейся ментальности населения. В СМИ постоянно обсуждаются проблемы НЛО, жизни «за гранью реальности», демонстрируются передачи с участием представителей нетрадиционных вероисповеданий, «ученых» астрологов, хиромантов, колдунов. На сознательном и подсознательном уровне формируется псевдонаучное и квазирелигиозное мировоззрение - «менталитет научной мистики» (Т.Б.Дмитриева, К.Л. Иммерман, Ф.В. Кондратьев,1998). Показательно, что в 1998году в Украине совсем не доверяли экстрасенсам только 27% населения .

При анализе одного из важнейших параметров для оценки психологического состояния человека – интернальность/экстернальность было выявлено, что продуктивные стратегии поведения, позволяющие самореализоваться и адаптироваться к социально-стрессовым ситуациям, уступают место невротическим. Преобладают непродуктивные, рецептивно-ориентированные типы характеров (по Э.Фромму). Так, на ворос: «Как Вы считаете, от чего в большей степени зависит то, как сложится ваша жизнь?» только 14,3% респондентов ответили: «От меня» (в 1994году таких было 19,2%.). В руки внешним обстоятельствам отдают свою жизнь 67% тестируемых. Около 79% не уверены в своих силах, и столько же респондентов отметило свою нерешительность в достижении поставленных целей.

Ведущий научный сотрудник Института мировой экономики и международных отношений НАН Украины, шеф-редактор журнала «Політична думка” Владимир Полохало (2000) отмечает, что для среднего украинца, сформировавшегося за годы независимости, характерны феномены «исключительной терпимости и терпеливости» и «гражданской спячки», невосприятие ценностей демократии и гражданского общества, пассивно-созерцательная гражданская позиция, роль социального статиста.

Практически стабильным на протяжении 5 лет остается и пассивный интерес респондентов к политике (около 73%- интересуются политикой). При этом общественной работой занимается только 4-5%населения , а около 86% не состоит ни в каких общественных и политических объединениях.

В условиях формирования рыночных отношений в постсоветских странах определенная часть людей оставила государственную службу и начала работу в приватном секторе. Так, если в Украине в 1994году в государственном секторе работали 51,2% респондентов, а в приватном только 6, 1%, то в 1998 году в приватном секторе уже работало около 12% лиц и только 37,2% в государственном. Для психиатра это чрезвычайно важная информация, так как

население перешло на принципиально новый уровень трудовых взаимоотношений. Как же отразился на психическом статусе и психологическом самочувствии этот исторический переход?

Психологическое состояние лиц в условиях рыночной экономики можно классифицировать, используя схему известного психиатра и психолога Виктора Франкла (1990).Он выделил четыре зоны характеризующие психологическое состояние людей в условиях формирующейся рыночной экономики.

В первую зону (успех) входят преуспевающие бизнесмены, достигшие успеха преимущественно в предпринимательстве. Они компетентны, обладают экономическим чутьем, хорошо прогнозируют ситуацию, смелы, несколько авантюрны и склонны к риску. Они самодостаточны, находятся в зоне психологического комфорта, уверенно смотрят в будущее. Это «оптимисты-удачники»

Во вторую зону (экзистенциальный вакуум) входят лица, которые вследствие стремительных социально-политических перемен утратили смысл жизни, но быстро сориентировались в новых экономических условиях и, оставив прежнюю работу (как правило соответствующую их образованию и духовным потребностям), «ушли в бизнес» по необходимости. Они добились определенных успехов ценой психологического дискомфорта и потерей прежних идеалов. Это «пессимисты-удачники».

В третью зону (фрустрации) вошли «отчаянные неудачники». Со сменой социально-экономической парадигмы в обществе они утратили все: профессию, перспективу, идеалы, мировоззренческие точки опоры, веру. Пытаясь приспособиться к новой реальности, они «бросились в рынок», не имея соответствующего образования, опыта, связей, природных склонностей к коммерческой деятельности. Часто финалом их коммерческой деятельности является либо знакомство с правоохранительными органами, либо психические и поведенческие расстройства (депрессия, суицидальные попытки, невротические и соматоформные расстройства, наркогенные заболевания).

В четвертую зону входят целеустремленные, уверенные, с высоким уровнем притязаний люди. Они идут к вершинам успеха не благодаря, а вопреки обстоятельствам. Они терпят крах, теряют все и начинают сначала свой путь к успеху. Чем больше препятствий, тем более ценен успех Это «надежда цивилизованного рынка».

По данным Б.С.Положего (1998) в популяции российского населения в первой, самой малочисленной зоне, сосредоточена в основном молодежь в возрасте до 25лет, во второй и третьей зонах, достаточно многочисленных, сосредоточены как представители среднего поколения (от 30% до 50%), так и представители старшего поколения в возрасте старше 50 лет (80%), в четвертой зоне преобладает молодежь до 25лет. Причем, чем старше поколение, тем большее количество его представителей испытывает фрустрацию, то есть, тем выше вероятность развития психических и поведенческих расстройств.

Подобные исследования, насколько известно автору, в Украине не проводились, однако данные социологического мониторинга убедительно показывают, что число лиц, уверенных в необходимости перехода к рыночным отношениям в Украине год от года уменьшается (В 1994г.-29,6%, а в 1998г.-20,0%), а число лиц, желающих вернуть экономику к прежнему, государственному регулированию, увеличивается (в 1994г.-30,9%, в 1998г.-39,0%).

4.3. Изменения в духовной сфере

Особого внимания заслуживает анализ изменений в духовной сфере, как одной из основополагающих в понятии «ментальность».Процесс перехода от тоталитарной идеологии к демократическому обществу в Украине, как и в других постсоветских государствах, сопровождается изменением массового сознания с тенденцией к иррациональному восприятию действительности и с включением механизмов аутистического и архаического мышления (В.И.Полтавец, М.К.Белинская, 1994). «Процесс этот затрагивает основы мировоззрения современного человека и приводит к возникновению разнообразных синтетических концептов, органически соединяющих ценности западной и восточной цивилизаций, положения новомодных и прадавних верований, рациональные идеи и неомистические откровения, результаты научного поиска и идеи богоискательства» (П.Косуха, 1995).
Еще в 1923году Е.Блейлер описал аутистическое мышление и признал, что оно может быть присуще не только психически больным, но и психически здоровым людям, находящимся в обстоятельствах, требующих от них объяснения кардинально изменившейся за довольно короткий промежуток времени картины мира. Главными признаками аутистического мышления являются следующие:

- отсутствие логической основы
- игнорирование хронологии и последовательности событий
- фантазирование
- эмоциональная заангажированность или кататимность
- символизация

Такой способ мышления является своеобразной психологической защитой, помогающей объяснить происходящие перемены и ослабить тревогу.
Показательно, что в Украине, еще 10 лет назад бывшей атеистической республикой , к неверующим в 1994году причисляют себя только 37,2% респондентов, а в 1998году эта цифра снижается уже до 32,6%. Причем, около 40% респондентов относят себя к православным конфессиям, около 6%-к греко-католическим, 1,7%-к Украинским автокефальным и около 2% - к другим конфессиям. Интересно, что 16-17% лиц считают себя верующими, но затрудняются отнести себя к какой-нибудь конфессии (Паніна Н.В., Головаха Є.І., 1999). Согласно данным, опубликованным государственным комитетом статистики Украины в ежегодном статистическом отчете за 1999год, количество

религиозных организаций и духовных учебных заведений в Украине ежегодно возрастает (табл. 4.5)

Табл. 4.5 Количество религиозных организаций в Украине

(на начало года)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Кол-во религиозных организаций	15784	17045	18162	19631	21018	22518
Кол-во священнослужителей	14018	15315	16429	17798	19312	21281
Духовные учебные заведения	49	58	68	86	94	121

Из всех зарегистрированных на начало 2000 года религиозных организаций насчитывалось:

- православных – 12271;
- протестантских – 5605;
- католических – 4190;
- мусульманских – 345;
- организаций восточных культов – 66;
- других – 41

Проведенные в Украине исследования продемонстрировали, также, распространение нетрадиционной религиозности, суеверий, верований мистического и оккультного характера. (В.Полтавец, 1995).

Небезынтересен и тот факт, что иррациональное восприятие действительности коснулось всех слоев населения. Так, С Свистунов (1995) опираясь на данные ежегодного мониторинга , проводимого в Николаевском techинституте с 1988года, отмечает резкий всплеск религиозности среди студентов. Если в 1988году количество студентов, верящих в реинкарнацию составляло 0%, то к 1993году оно достигло 60%.

Аналогичная ситуация наблюдается и в России. В августе 1997г. Институтом социологии и парламентаризма Нугзара Бетанели был проведен опрос общественного мнения 6 тысяч респондентов из 12 экономических районов России. 18% из них верят в существование души, 10% - в потустороннюю жизнь, 29%-в существование Бога. По данным социологических исследование среди студенток педагогического института подмосковья 70% признают бытие души после смерти, 40%- верят в реинкарнацию и только 9% однозначно отвергают бытие после смерти.

Помимо традиционной религиозности, в Украине и России в последнее десятилетие распространились тоталитарные религиозно-культовые группы. Причем, в психиатрической литературе все чаще появляются статьи, в которых

говорится о патогенном влиянии этих образований на психическое здоровье ее членов. Авторами отмечается, что у многих адептов на фоне черт инфантильности и повышенной внушаемости легко формируется зависимое расстройство личности, классифицируемое в МКБ-10 F60.7. В Украине наиболее известное образование подобного типа-«Белое Братство».

Показательно также, что в популяции проявляется значительный интерес ко всему иррациональному и мистическому- ясновидению, экстрасенсорике, явлениям полтергейста, «контактам» с космическими пришельцами. И.Щиголев (1995) определяет этот феномен, как «групповое контагиозное психическое явление».

Этот феномен характерен не только для постсоветских стран. Распространение религиозно-мистических представлений отмечается и в странах Западной Европы и имеет транскультуральные корни . Наиболее популярной концепцией, объясняющей этот феномен является концепция «экзистенциального вакуума»- потери смыслообразующих ценностей бытия . В такой ситуации общественное сознание заполняется религиозно-мистическими представлениями. Идеологическая дезориентация, аномия и девальвация догматически-материалистического мировоззрения явились специфическими для пост-советских стран факторами, породившими экзистенциальный вакуум (Е.И.Головаха, Н.В.Панина, 1994). Стресс социальных изменений на фоне неблагоприятной исторической ситуации привел к существенным изменениям ментальности населения и его психического здоровья.

4.4. *Некоторые культуральные характеристики психиатрической службы и ментальности врачей-психиатров.*

„Психиатр является продуктом своей эпохи”. Эта мысль была высказана еще в начале XX века известным психиатром П.И.Якобием. Она остается правомочной и сегодня. Автором данной монографии была разработана программа, направленная на исследование ментальности и социально-психологических особенностей врачей-психиатров Украины. В 1997году было проведено анонимное тестирование 270 врачей-психиатров и наркологов из трех областей Восточной Украины (Л.Н. Юрьева, 1998, 1999).

Среди респондентов преобладали доктора от 30 до 49лет со стажем работы в психиатрии и наркологии от 5 до 24 лет (156 чел.). Врачи интерны и молодые специалисты (стаж работы до 5лет) составили около четверти опрошенных (76 чел.), лица старше 50лет (стаж работы свыше 25лет) –были представлены 38 докторами.

Анализ психоэмоционального состояния врачей позволил выявить у каждого второго психоэмоциональный дискомфорт. При анонимном анкетировании 8,5% респондентов отметили у себя ***“синдром перегорания”***; 7,5%- “утрату смысла жизни”; 6,5%-расценили свое состояние как депрессивное, а 4% тестируемых отметили у себя мистическую настроенность.

В результате проведенных исследований было выявлено, что у 26% опрошенных бывают суицидальные мысли, а 8,5% -"не готовы отвечать" на вопрос. Среди лиц, отметивших у себя суицидальные мысли 8% подчеркнули, что они посещают их "часто и очень часто". Выявлена обратная зависимость наличия суицидальных мыслей от возраста и стажа работы в психиатрии. Достоверно чаще суицидальные мысли отмечают у себя молодые врачи со стажем работы до 5лет. В возрастном периоде от 30 до 49лет частота суицидальных мыслей уменьшается почти вдвое и практически сводится к нулю после 60лет (Л.Н.Юрьева, В.Е.Каракчеева, 1998).

Анализ полученных результатов выявил также, что социокультуральные изменения повлекли за собой изменения духовной ориентации: во всех возрастных группах врачей отмечался всплеск религиозности. Так, если в 1987году к верующим себя причисляли только 4,5% респондентов и 24,5% характеризовали себя, как "идущих по пути обретения веры", то в 1997году уже 18% причисляли себя к верующим и 39% респондентов отметили, что они идут по пути обретения веры. Более того, среди всех врачей только 39% однозначно отвергают бытие души после смерти, 8%-верят в реинкарнацию и 40%- не высказали своей позиции по вопросу о сущности смерти, аргументируя это "недостатком знаний" и "сомнениями".

Характерно, что среди этих психиатров преобладали лица, проявляющие живой интерес и активно внедряющие в лечебно-реабилитационный процесс нетрадиционные для классической психиатрии знания и методы: программу духовного развития "12 шагов", элементы рериховского учения, су-джок терапию, экзистенциально-гуманистическую психотерапию и другие.

При анализе данных неструктурированного интервью, которое было проведено с коллегами, выяснилось, что многим из них близка точка зрения К.Г.Юнга о позитивном влиянии религиозного, духовного и мистического опыта на личностный рост и коррекцию некоторых психических и поведенческих расстройств. Они приветствовали посещение церкви больными и отмечали ее положительное влияние на психический статус пациента. Врачи отмечали, что изменение их духовной ориентации, повлекло за собой пересмотр подходов к диагностике, терапии и реабилитации пациентов. Наличие новых тенденций в субкультуре врачей-психиатров Украины были подтверждены и в исследованиях, проведенных в г.Киеве. Наиболее отчетливо эти тенденции проявились в изменении диагностического репертуара : в 1993году (по сравнению с 1983годом) уменьшилось количество впервые выставленных диагнозов «шизофрения» и увеличилось число «шизофреноподобных психозов», «эндореактивных психозов», «психогенных» и « шизофреноподобных психозов»(И.М.Грига,1997).

Психиатрия является одной из немногих отраслей медицины, в которой принадлежность врача к той или иной научной школе, его мировоззрение, вероисповедание, морально-этические принципы и личностные особенности во многом определяют его подходы к диагностике, лечению и реабилитации больных с психическими и поведенческими расстройствами. Перечислю лишь

некоторые культуральные характеристики отечественной психиатрической службы:

- Ориентация на стационарное обслуживание пациентов. Это касается всех сфер, начиная с планирования бюджета, основанного только на расчетах прямых затрат на одного пациента (составляющих 25% от всех затрат) и кончая образовательными программами для врачей-психиатров, которые ориентированы, в основном, на проблемы стационарной психиатрической помощи.
- Уменьшающаяся, но все еще преобладающая в субкультуре психиатров биологическая ориентация.
- Доминирующая культура зависимостей, при которой преобладает патерналистический стиль общения с пациентами, их родственниками, подчиненными. Партнерские отношения не были характерны для советской психиатрии и сейчас с большим трудом внедряются в сознание как лиц, работающих в сфере охраны психического здоровья, так и потребителей всех уровней.
- Практическое отсутствие знаний в области этики и права, а также навыков по их использованию Это касается как лиц, работающих в сфере охраны психического здоровья, так и пациентов и их родственников
- Отсутствие коммунальной психиатрии и инфраструктуры, обеспечивающей ее успешное функционирование .
- Отсутствие опыта по создание и продуктивному взаимодействию с общественными организациями родственников, потребителей психиатрических услуг, группами само- и взаимопомощи и т.п.
- Отсутствие института социальных работников в сфере охраны психического здоровья

В настоящее время психиатрическая служба Украины находится на этапе реформирования. Происходит переход от патерналистически-ориентированной психиатрии с преобладающими жестко-иерархическими взаимоотношениями, к психиатрии, основанной на правовом и терапевтическом альянсе, при котором в диаде “врач-больной” доминируют партнерско-личностные взаимоотношения.

Как показал многолетний опыт преобразований в сфере охраны психического здоровья, образ мышления и личностные особенности врача-психиатра играют решающую роль при реформировании психиатрии.

Глава 5. Историческая динамика психических и поведенческих расстройств.

«Исследуя болезнь с исторической точки зрения, мы видим как меняется со временем ее картина – при том, что в чисто медицинском смысле сама болезнь остается той же».

(Карл Ясперс)

Психические и поведенческие расстройства являются ценнейшим объектом для изучения психического здоровья общества в период социокультурных изменений, так как они представляют собой системную биопсихосоциальную патологию и включают все уровни человеческого бытия: биологический, психологический, социально-психологический и социокультурный. При сломе или изменении динамического равновесия в одной или нескольких из этих систем картина психического здоровья населения может выявить те закономерности, которые в норме не выражены. Влияние среды особенно ярко проявляется при невротических и связанных со стрессом расстройствах, характерологических развитиях, психосоматических нарушениях и наркогенных заболеваниях. Так, при развитии психогенных заболеваний и соматоформных расстройств вклад наследственные факторы составляют около 30%, раннее развитие – около 25% и факторы взаимодействия с окружающей средой (воспитание в детстве, события жизни, социальные влияния) составляют 49% (H. Schepank, 1991.цит. по Брайтигам В., Кристиан П., Рад М., 1999).

Каждой исторической эпохе присущи специфические психопатологические переживания. В психопатологических переживаниях пациентов, как в зеркале, отражаются произошедщие изменения в обществе. На историческую изменчивости клинической картины неврозов и психозов и связь психопатологических феноменов с культуральными особенностями общества обращали внимание многие авторы, занимающиеся транскультуральными исследованиями .

Норвежский психиатр Chr.Astrup (1956) отмечал, что в период античной культуры преобладали эпилепсия и истерия, в средние века участились аффективные психозы с доминирующей религиозной фабулой, с середине XX века в капиталистических странах отмечен рост шизофрении .

Проанализировав динамику социально-политических и экономических изменений, приведших к резкому усилению урбанизации, индустриализации и миграционных процессов, и динамику психопатологических изменений на Тайване за 15 лет (1946-1961 годы), T.Lin с соавторами (1969) показали существенное влияние исторических факторов на психическое здоровье населения. За 15 лет, в течение которых страна третьего мира стала индустриальным центром, в популяции населения Тайваня увеличилось количество невротических и связанных со стрессом расстройств, что подтверждает увеличение стрессогенных моментов в обществе. За то же время снизился процент шизофрений в популяции, особенно среди представителей низшего класса.

Для анализа психолого-психиатрических последствий влияния исторических событий на психическое здоровье украинцев и жителей стран СНГ были использованы данные справочников центра медицинской статистики МЗ Украины и годовых отчетов по Днепропетровской области, в которых приведен статичтический материал, отражающий ежегодный анализ психических и поведенческих расстройств. В связи с тем, что эти данные имеют временные и

территориальные границы, был использован также литературно-исторический подход.

Общеизвестно, что официальная статистика отражает только те случаи психических и поведенческих расстройств, которые официально зарегистрированы в психиатрических и наркологических учреждениях. Многочисленная когорта лиц, проходящих анонимный курс терапии, лечащихся под так называемыми «реабилитационными диагнозами», пользующихся нетрадиционными методами диагностики и лечения, занимающихся самолечением, не регистрируются официальной статистикой. По данным эпидемиологов «скрытая психическая заболеваемость» может составлять около одной трети случаев от официально зарегистрированных пациентов. В наркологической практике доля «скрытых наркологических больных» на порядок выше. (D.Goldberg, P.Huxley, 1980). Однако при всей своей относительности и недостоверности, статистические данные все - таки позволяют провести сравнительный анализ и выявить некоторые тенденции в динамике заболеваемости и распространенности психических и поведенческих расстройств и в изменении ее структуры на фоне исторических изменений в обществе.

5.1 Динамика психических и поведенческих расстройств в мире и в Украине.

Анализ тенденций распространенности психических болезней в 15 капиталистических странах по данным 50 выборочных исследований за XX столетие выявил их неуклонный рост. (Петраков, 1972, 1995)

В большинстве стран мира в последнее десятилетие XX века 5 – 7% населения страдает психотическими и 15 – 23% - пограничными психическими расстройствами.

Анализ 5000 выборочных исследований, проведенных в 125 странах мира за 1950-1993годы , данные исследований Гарвардской школы здравоохранения и Всемирной организации здравоохранения (J.L.Murray, A.D.Lopez, 1996), данные Ли Робинс (1997), обобщившей результаты четырех мировых крупномасштабных эпидемиологических исследований , статистические и аналитические данные Центра медицинской статистики МЗ Украины (2000) позволили выявить и описать основные закономерности распространения психических и поведенческих расстройств в мире в XX веке и в Украине, а также прогнозировать состояние психического здоровья на ближайшие десятилетия XXI века.

1. В течение XX века значительно выросла заболеваемость психическими расстройствами и значительно снизился возраст начала психических и поведенческих расстройств

2. Имеет место рост показателей выявляемости, распространенности и накопления психически больных в обществе, особенно в последней четверти XX столетия. Эта закономерность характерна как для экономически развитых , так и для развивающихся стран. Она характерна также и для Украины.

3. В течение XX столетия средневзвешенный среднегодовой показатель распространенности всех психических и поведенческих расстройств в мире увеличился в 10 раз , в том числе:

- Психозы – рост в 3,8 раза
- Пограничные расстройства – рост в 21, 4 раза (из них неврозы и других невротические расстройства – рост в 61,7 раза)
- Алкоголизм - рост в 58,2 раза
- Олигофрении – рост в 30 раз

4. Среди населения Украины за период с 1990 по 1999 годы заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами (исключены наркологические заболевания) возросла на 2,8% и составила в 1999 году 265,8 на 100 тысяч населения (в 1990 году – 248 на 100 тыс. населения), в том числе:

- В структуре заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами в 1999 году 71,1% составила группа расстройств непсихотического характера. За период с 1990-1998г.г. отмечен рост заболеваемости на 8,4% , в 1999г. - снижение на 7,5% относительно 1998года.
- Группа расстройств психотического характера в 1999году составила 15,6%. За 10-летний период отмечен рост на 3,8%. Необходимо подчеркнуть стремительный рост всех форм деменции, которая в 1999 году составила 35% от всех психотических расстройств или 5,5% от всех психических и поведенческих расстройств (исключая наркологические).
- Умственная отсталость занимает третье место и составляет 13,3%. За 10-летие количество всех форм умственной отсталости возросло на 21%.
- Психические и поведенческие расстройства, обусловленные употреблением психоактивных веществ составляют 55,9% от всех статистически учтенных пациентов с психическими и поведенческими расстройствами.

За истекшее десятилетие заболеваемость хроническим алкоголизмом снизилась на 31,8%, а алкогольными психозами – возросла в 2,1 раза

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления наркотических веществ (наркомании) возросли в 3,2 раза, других психоактивных веществ (токсикомании) – в 1,6 раза.

Динамика заболеваемости за 1990-1999годы отражена в таблице 5.1

Таблица 5.1 Динамика заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами населения Украины (на 100 тысяч населения) за 1990-1999 годы.

	1990	1995	1998	1999
Р-ва психотического характера:	38,0	39,0	50,0	41,5
Из них: шизофрения	11,5	11,0	13,0	11,2

Деменция	9,6	11,5	14,0	14,7
Р-ва непсихотического характера	182,0	189,0	204,0	188,9
Умственная отсталость	28,0	27,0	35,0	35,4
Р-ва, обусловленные употреблением психоактивных веществ	332,9	327,6	346,5	337,4
Всего	580,9	582,6	635,5	603,2
Суициды	20,6	28,3	29,5	29,1

5. К историческим изменениям, произошедшим в стране, наиболее чувствительными оказались подростки, которые отреагировали на антропосоциогенные изменения выраженным ростом психических и поведенческих расстройств. Показательна динамика заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами (исключена наркологические расстройства) в различных возрастных группах населения Украины за 10-летний исторический период (5.2)

Табл. 5.2 Динамика заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами в различных возрастных группах населения Украины в 1990-1999г.г.(на 100 тысяч соответствующего населения).

	1990	1995	1998	1999	+%1999 к 1990
Всего	248,0	263,0	289,0	265,8	+ 2,8
Взрослые	189,0	191,4	210,0	191,5	+ 0,9
Подростки	406,0	508,0	566,0	523,1	+ 29,8
Дети	426,0	470,0	538,0	511,5	+ 0,5

Анализ динамики подростковой заболеваемости, отраженный в табл. 5.3 выявил следующие особенности:

- количество психотических расстройств осталось практически на одном уровне
- Отмечается рост социально детерминированных расстройств непсихотического характера. Их распространенность у подростков возросла на 55,9% за 10-летний период (1990-1999г.г.)
- Выражен рост всех видов умственной отсталости.

Табл.5.3 Динамика заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди подростков Украины в 1990-1999г.г.(на 100 тыс. подросткового населения).

	1990	1995	1998	1999
Всего	406,3	508,0	566,0	523,1
Расстройства психотического характера	20,8	22,0	23,0	22,0
В том числе шизофрения	11,2	10,0	11,0	9,5
Расстройства непсихотического характера	120,6	333,0	369,0	332,6
Умственная отсталость	106,6	154,0	175,0	168,5

Показательно, что динамика и структура детской и подростковой заболеваемости аналогичны:

- Первое место занимают непсихотические психические расстройства (дети – 80,2%, подростки – 63,6%), Преобладающими среди них являются расстройства психологического развития поведения и эмоций
- Второе место занимает умственная отсталость (дети – 18,5%, подростки – 32,2%)
- Третье место занимают расстройства психотического характера (дети – 1,3%, подростки – 4,2%).

6. Динамика заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди городского и сельского населения представлена в табл. 5.4. С точки зрения транскультуральной психиатрии, в сельской местности наиболее стабильный и традиционный способ жизни, при котором этнонациональные традиции сохраняются достаточно долго, даже в ситуации исторических перемен. Даже при формальном анализе данных таблицы 5.4 видно, как по - разному отреагировала популяция городского и сельского населения на социокультуральные изменения:

- Заболеваемость городских жителей за 10 лет возросла всего на 1,4% и в 1999 году составила 2/3 от общей заболеваемости (Н.Г.Гойда, С.І.Табачніков, В.В. Домбровська та інш., 2001). Рост обусловлен, прежде всего, расстройствами психотического характера (деменция). Заболеваемость расстройствами непсихотического характера уменьшилась на 1,4%.
- Заболеваемость сельских жителей за 10-летний период возросла на 14,8%. Причем, от городской популяции она отличается не только значительно более высокими темпами прироста, но и структурой. Отмечен катастрофический рост умственной отсталости (на 40,8%). В отличие от городской популяции, заболеваемость психотическими расстройствами

снизилась на 13,9%, но возросла заболеваемость расстройствами непсихотического характера (на 14,7%).

Табл. 5.4 Динамика заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди сельских и городских жителей Украины в 1990-1999г.г.(на 100 тыс. соответствующего населения).

	1990	1995	1998	1999	±% 1999 до 1990
Сельские жители					
Всего	195,4	211,7	244,5	235,4	+ 14,8
Расстройства психотического характера	34,4	31,7	36,9	31	- 13,9
Расстройства непсихотического характера	122,2	136,5	150,2	147,1	+ 14,7
Умственная отсталость	38,8	43,4	57,4	57,2	+ 40,8
Городские жители					
Всего	274,1	288,1	310,5	280,3	+ 1,4
Расстройства психотического характера	40,4	47,6	55,3	46,5	+ 11,2
Расстройства непсихотического характера	210,8	219,8	227,5	208,9	- 4,5
Умственная отсталость	22,9	20,8	25,1	25	+ 4,9

7.Психические и поведенческие расстройства становятся первостепенной проблемой здравоохранения. Социальная роль психических болезней еще никогда не достигала таких размеров, как за последние десятилетия XX века. Из 10 ведущих причин инвалидности в мире уже в 1990 году 5 составили психические и поведенческие расстройства: униполярная депрессия, алкоголизм, биполярное аффективное расстройство, шизофрения и обсессивно-компульсивное расстройство. Среди причин смерти в первой пятерке – депрессивное расстройство и самоубийства.

В Украине среди 10 ведущих причин смерти в 1998году третье место после сердечно-сосудистых заболеваний занимают самоубийства (4,7% от общего числа), пятое и шестое – цирроз печени, включая алкогольный (3,1%) и случайное отравление алкоголем (2,9%) (В.М.Лехан и др. 1998). За период 1990 – 1999г.г. смертность, обусловленная самоубийствами возросла на 41,2% (с 20,6 до 29,1 на 100 тысяч населения), а обусловленная отравлением алкоголем – на 66,4% (с 10,4 до 17,3 на 100 тысяч населения) [Здоров’я населення...2000].

9. При анализе бремени различных заболеваний в мире с использованием единиц DALY (Disability Adjusted Life Years), отражающих сумму утраченных лет жизни из-за преждевременной смерти и лет, прожитых в состоянии инвалидности, психические расстройства составили 9,7% (T.Bedirhan, 1999).

8. Рост суицидальной активности на протяжении XX века отмечен во всем мире . Украина относится к числу стран с высоким уровнем суицидов. На 100тысяч населения в 1990 году было зарегистрировано 20,6 завершенных суицидов, в

1995г. – 28,3, в 1998г. – 29,5, в 1999г. – 29,1 (Статистичний щорічник України за 1999 рік, 2000).

Самоубийства составляют примерно 1/5 всех погибших от травм и отравлений. Наибольшее количество завершенных суицидов приходится на работоспособный возраст (71,5%).

9. В целом, рост заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами в мире в XX веке обусловлен в первую очередь увеличением количества лиц, употребляющих психоактивные вещества, страдающих неврозами и другими пограничными (в том числе и поведенческими) расстройствами, депрессией. Этот феномен, по мнению Ли Робинс не может быть объяснен генными трансформациями, так как столетие-слишком незначительный период для такого рода изменений. Скорее всего, произошедшие изменения связаны с влиянием макро-и микросоциальных факторов (L. Eisenberg, 1997).

5.2. Историческая динамика психотических расстройств.

«…шизофрения перестает быть объектом исследований специалистов и превращается в один из элементов нашей современной культуры».

Ж.Гаррабе(2000)

«XX век с точки зрения культурной истории умопомешательства – это век шизофрении. Рожденная вместе с ним под именем «деменция прекокс», она достигнет своего взлета, когда Евгений Блейлер придумает для обозначения ее этот неологизм, вызывающий представление о грозной, ужасной тайне, которая постепенно станет синонимом безумия». Такими словами предворяет свою книгу об истории шизофрении в культуре XX века французский психиатр, Президент Франко-Российской психиатрической ассоциации и Президент ассоциации «Эволюционной психиатрии» Жан Гаррабе. В этой книге представлены в динамике исторического развития практически все европейские и американские точки зрения на шизофрению - от биологической и психоаналитической до этнопсихиатрической, социологической, антипсихиатрической и ряда других. Читатель может подробно ознакомиться с ними. Книга Ж.Гаррабе «История шизофрении» недавно переведена на русский язык.

После второй мировой войны в психиатрии сложилась ситуация, которую на 2 Международном конгрессе психиатров в Цюрихе (1957г.), посвященном проблеме шизофрении, Манфред Блейлер (сын Евгения Блейлера) охарактеризовал следующим образом: «Два психиатра разных стран и школ, разговаривая о генезе шизофрении, понимают друг друга не больше, чем если бы они говорили на разных языках».

Среди советских психатров также отсутствовало единство в понимании этиологии, патогенеза и клиники шизофрении. Статистические данные годовых

отчетов различных психиатрических больниц СССР того периода убедительно демонстрировали отсутствие единых подходов к пониманию границ шизофрении. В психиатрии сложилась парадоксальная ситуация, когда процент больных шизофренией к общему числу поступивших на стационарное лечение больных в различных регионах страны колебался от 2,5% до 52,3%.
Диагностика шизофрении во многом определялась взглядами, научной школой и личным опытом ведущих профессоров и специалистов регионов. Более того, в одном городе, но в разных административных районах, удельный вес больных шизофренией значительно колебался. Удельный вес больных с диагнозом «шизофрения» поступивших в психиатрические больницы Москвы, Ленинграда, Днепропетровска (Игреньская психиатрическая больница) и Куйбышева приведен в таблице 5.5. Эти данные были представлены в докладах, на Всесоюзном совещании по проблеме шизофрении (О.В.Кербиков, 1962; Г.А. Ротштейн, 1962;).

Табл. 5.5 Процент больных шизофренией среди поступивших в психиатрические больницы различных регионов СССР в 1949-1958 годах.

Годы	Москва	Ленинград	Днепропетровск	Куйбышев
1949	24,5	12,0		
1950	24,8	10,4		
1953	25,8	11,0		
1957	32,7	11,0	2,5	40,4
1958	33,4	11,1		52,3

Противоречия достигли апогея, когда советскую психиатрию стали обвинять в расширительной диагностике шизофрении и в злоупотреблении этим диагнозом в политических целях. Проблема шизофрении приобрела не только социокультуральный, но и политический характер. Правомерно возникали следующие вопросы:

- Говорят ли при постановке диагноза шизофрении в разных странах об одних и тех же психопатологических состояниях?
- Влияют ли культуральные факторы на клинические проявления шизофрении?
- Влияют ли культуральные факторы на течение шизофренического процесса?

Под эгидой Всемирной Организации Здравоохранения с 1966 года было проведено несколько транскультуральных международных исследований, призванных ответить на эти вопросы. Этими исследованиями руководил Норман Сарториус.

В 9 странах мира с различной культурой (Великобритания, Дания, Индия, Колумбия, Нигерия, СССР, США, Чехословакия, Тайвань) по программе ВОЗ изучались распространенность и симптоматика шизофрении. Исследователи

пришли к выводу, что в целом шизофрения – универсальное психическое расстройство, но и при нем имеются некоторые межкультуральные различия. В частности, у больных из развивающихся стран болезнь протекает в более легких формах и с более длительными ремиссиями, чем у пациентов из высокоразвитых индустриальных стран.

Исследователи объясняют эти различия несколькими причинами. Во-первых, тем, что шизофрения - болезнь цивилизации, которая является результатом того, что современное общество не способно удовлетворить потребности личности в уединении и общении, в разрегулировании в нем взаимоотношений «Я – другие» (Т.Г. Стефаненко, 2000).

Во вторых тем, что в разных культурах взгляды на симптомы и на место больного шизофренией в обществе различны, то есть степень отвержения пациентов не одинакова. Например, в Нигерии слуховые галлюцинации («голоса») не считаются чем-то аномальным, и пациент после лечения не отторгается обществом и родственниками и сразу же включается в социальную (в том числе и трудовую жизнь). В других странах (в том числе и в СССР) диагноз «шизофрения» - ярлык, который имел трагические социальные последствия для его носителя. (D. Matsumoto, 1996).

После этих исследований возобновился интерес к социокультуральным теориям шизофрении, среди которых наибольшую известность получила теория G. Devereux.

Этнолог и психоаналитик венгерского происхождения Georges Devereux (1908 – 1985) в 1939 году предложил «социологическую теорию шизофрении», которую, по мнению, Ж.Гаррабе (2000), уместнее называть аптропологической или культуральной. G. Devereux (1970) считал, что одной из причин шизофрении могут быть «ножницы» между сложностью культуры и ограничениями, присущими «полю» лучших умов, которые принадлежат к ней». Он писал, что каждый случай шзофрении, который он знает, «содержит в себе – явно или неявно – проявления признаков дезориентации в социокультуральной среде, находящейся в процессе изменения». В качестве доказательств своей точки зрения он приводит данные исследований Faris & Dunham, проведенных в 1939 году в Чикаго, в которых показана зависимость распределения больных шизофренией в городских зонах в зависимости от их стабильности или дезорганизованности.

Однако, G. Devereux не считает дезориентацию в социокультуральной среде единственной причиной шизофрении. Он подчеркивает, что, «хотя шизофрения может быть вызвана неэффективными попытками адаптироваться к среде, находящейся в процессе преобразования, эта среда сама по себе не могла бы быть причиной шизофрении».

Основываясь на сообщении Seligman (1932) о том, что шизофрения практически отсутствует в примитивных обществах, G. Devereux считал шизофрению этническим психозом. «Этнический психоз определяется, с одной стороны, конфликтом, который поражает большинство нормальных индивидуумов, и

который только лишь более ярко выражен у психотика, а, с другой стороны, симптомами, поставляемыми в готовом виде культуральной средой (симптомы соответствуют моделям безнравственного поведения, описанным в 1936 году Ralph Linton).
По мнению G. Devereux (1970) «этническая личность современного человека, по существу, шизоидная» и прогноз шизофрении будет особенно мрачным в обществах, которые могут быть квалифицированы как шизофренические. «Я убежден, - писал он, - что, когда будет написана история психического заболевания, то, при необходимости, можно будет доказать, что общества, которые, как например, доплатоновские Афины, имевшие почти оптимальное функционирование, знали только этнические расстройства доброкачественного типа, например, истерию, тогда как общества в периоде своего упадка – Спарта, начиная с IV века до Р.Х., Рим в эпоху самого худшего распада – страдали от тяжелых этнических психозов, таких, как шизофрения».

5.2.1. Влияние культуральных факторов на бредовые расстройства
При анализе динамаки психотических расстройств в историческом аспекте наиболее перспективным представляется не столько изучение распространенности и заболеваемости различными психозами в различные исторические периоды, сколько анализ собственно бредовых расстройств. Такой подход избран автором по нескольким причинам.
Во – первых, нозологическая рубрификация психозов в отечественной психиатрии (прежде всего шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, экзогенных психозов) во многом определялась взглядами научной школы, которая доминировала в тот или иной период времени и господствовала в том или ином регионе. Во вторых, за весь XX век количество психозов возросло всего в 3,8 раза, что, по-видимому, объясняется преимущественно биологическими, а не социальнопсихологическими механизмами их возникновения. В третьих, содержание бреда в гораздо большей степени, чем содержание других психопатологических симптомов, отражает дух эпохи, исторические и мировоззренческие приоритеты общества и его ментальность.
Согласно историогенетическому подходу, трансформация бредовых расстройств обусловлена не только биологической, но и культурно-исторической эволюцией.
E. Kraepelin еще в 1912году писал: «В бредовых идеях прежде всего выступает связь больного с окружением», а W. Mayer-Gross (1932) считал, что для определения бреда недостаточно трех критериев К. Ясперса , а необходимо еще учитывать среду , в которой воспитывался пациент, его ментальность и возраст.
Например, в XIX веке в обществе господствовали религиозно-магические представления о способах нанесения вреда – идеи колдовства, порчи, одержимости (так называемые архаические формы бреда). Довольно часто встречался депрессивный бред «совести» (греховности и самообвинения). В XX веке эти разновидности бреда встречаются очень редко. Даже в странах Азии, Африки и Латинской Америки все реже психические заболевания манифестируют

бредом колдовства, овладения и сглаза. Все чаще бред становится более систематизированным, манифестирует персекуторными видами, а его содержание все чаще представлено социально-политической тематикой. Хотя по - прежнему бред психически больных у представителей азиатских народов в меньшей степени подвергается рациональной разработке, менее систематизирован, чаще проявляется импульсивной вербализацией или деструктивным поведением по сравнению с европейскими пациентами. Но по мере снижения в этих странах толерантности к магическим и сверхъестественным феноменам пациенты все чаще объясняют свои психопатологические переживания не идеями овладения «нечистой силой» и «дьяволом», а идеями, связанными с современными технологиями (Г.В.Морозов, Н.Г.Шумский, 1998; H.M.B.Murphy, 1967; J.C. Burnham,1980, Ph.Rack, 1982; I.Al-Issa, 1990)

J.C.Burnham (1980), анализируя динамику психопатологической симптоматики и фабул бреда за последнее столетие в Европе, выявил следующие тенденции:

- Уменьшение религиозной тематики
- Замещение идей самоуничижения идеями греховности и виновности
- Увеличение количества ипохондрического бреда и частичное замещение им идей вины
- Уменьшение числа мегаломанических идей
- Уменьшение частоты бреда ревности

Бредовые переживания современных пациентов Западной Европы часто имеют научно-техническое содержание, у них отмечена тенденция к увеличению персекуторных видов бреда (бред отношения, преследования, особого значения, воздействия, ущерба), чаще имеют место бред вины, вкладывания мыслей и бредовое настроение, бредовое восприятие (символического значения и инсценировки), а также фантастический бред. Отмечено значительное уменьшение бредовых убеждений больных о том, что они Боги и Иисусы. Эти тенденции рассматриваются многими авторами, как признаки смены ментальности в популяции и усиление рациональности современной жизни (J.C. Burnham, 1980; I.Al-Issa, 1990; A.Kraus, 1994).

Историогенез бредовых расстройст может быть объяснен предполагаемыми психологическими механизмами его развития, которые были положены в основу выделения первичного и вторичного бреда.

По одной из мотивационных концепций, бред трактуется как форма познавательной адаптации, цель которой – снижение тревоги и достижение когнитивной согласованности, то есть бред рассматривается как патологическая система отражательно-адаптивной деятельности, что особенно значимо в переломные исторические периоды.(В.А. Дереча, 1986; B.A. Maher, 1974: J.P. Dochetry. 1978: M.S. Gazzaniga, 1985: D.L. Braff , M.A. Geyer, 1990).

Согласно второй мотивационной концепции, бред возникает в связи с необходимостью уменьшить значимость или устранить из сознания психотравмирующую ситуацию. Бред рассматривается как психологический

защитный механизм снижения тревоги, чувства вины и поддержания неустойчивой самооценки.(R.W. Butler, D.L.Braff, 1991; S.M. Hingley, 1992).

Однако H. Kraus (1994), проанализировав 894 истории болезни пациентов с бредовыми расстройствами за 1884, 1916 и 1946 годы, пришел к выводу, что социокультуральные изменения, происходящие в обществе, накладывают отпечаток только на внешний фасад бредовой структуры.Он выявил универсальный для всех исторических эпох набор фабул бреда, который малочувствителен к социоэтнокультуральным изменениям .

В связи с уникальностью ситуации, сложившейся в Украине и странах СНГ, когда на пртяжении 3-4 поколений сформировалась определенная культурная среда, которая затем подверглась кардинальным изменениям, представляется весьма интересным проследить историогенез бредовых расстройств на этом историческом фоне.

Анализ влияния кардинальных изменений в экономической, политической и духовной жизни , происшедшие за 10лет в Украине (1983-1993г.г.), на манифестацию и течение психозов с бредовыми расстройствами выявил ряд признаков культуральной изменчивости бредовых синдромов, что подтверждает гипотезу о влиянии исторических событий на клинические признаки, считавшиеся ранее контролируемыми преимущественно биологическими факторами (И.М.Грига,1997) .

- Культурально- и исторически чувствительным оказался первичный бред, основу которого составляют ложные интерпретации и «кривая логика» при оценке событий внешнего мира.
- Увеличилась частота религиозной тематики, архаических форм бреда примитивно-мистического и паранаучного содержания и оживились культуральные реликты в бредовой структуре.
- Для современных фабул бреда характерна религиозная, примитивно-мистическая (воздействие дьявола, сатаны, ведьм, злых духов, нечистой силы, идеи одержимости), биоэнергетическая (экстрасенсорное воздействие, энергетический вампиризм, биополя) и космическая (инопланетяне, НЛО, космический разум) тематики
- Увеличилась частота экспансивной группы бредовых переживаний (идеи величия, богатства, высокого происхождения, вечного существования, реформаторства, любовный и эротический) за счет увеличения идей величия.
- Уменьшилась частота встречаемости обыденной, политической (политические идеи и деятели, преследование КГБ, СБУ, милицией, мафией, рекетирами и т.п.) и научно-технической тематики (идеи изобретательства и открытия).
- Уменьшилась частота персекуторного бреда за счет идей преследования
- Выявлена связь фабул бреда с возрастом пациентов:
    - Для пациентов старшей возрастной группы (42 - 46 лет) были характерны традиционные фабулы бреда (влияние гипноза, телепатии, электромагнитных, рентгеновских, ультразвуковых, лазерных и других научно доказанных видов излучения; действие передающих и

подслушивающих устройств, телевидения и радиовещания) и политические фабулы .

- Для молодых пациентов (средний возраст около 27лет), были характерны современные фабулы бреда, что свидетельствует о повышенной чувствительности лиц молодого возраста к новой информации.

- В целом за прошедшие 10 лет, уменьшилась степень систематизации бреда и количество фабул, а также утратилась прямая корреляционная связь систематизации бреда с количеством фабул, характерная для клинической картины у пациентов 1983года..

Динамика клинических проявлений и течения бредовых психозов свидетельствуют об иррациональных тенденциях в ментальности современного общества Украины, переживающего переходный этап. В Украине трансформация содержания бредовых переживаний и другой психопатологической симптоматики противоположна процессам динамики бреда в Европе, выявленной и описанной J.C. Burnham (1980) .

Аналогичная картина наблюдается и в России, где в последнее десятилетие содержание психопатологических фабул явно сместилось в научно-мистическую сторону. Так, при сравнительном анализе индуцированных психических расстройств в двух группах больных, прошедших судебно-психиатрическую экспертизу в ГНЦ ССП им. Сербского в 1964-1991г.г. (1группа) и в 1992-1995г.г. (2группа), было выявлено видоизменение и усложнение психопатологической симптоматики и содержания психопатологических феноменов, отражающее социокультуральные особенности общества. В первой группе болезненные переживания характеризовались бредом «обыденных отношений», идеями преследования, ущерба, параноидным восприятием окружающего, единичными обманами восприятия.

Во второй современной группе пациентов продуктивная симптоматика была насыщена религиозно-демоническими переживаниями, идеями астральных контактов, экстрасенсорных, биоэнергетических и гипнотических воздействий. В переживаниях звучали новые мистико-фантастические понятия: «зомбирование», «гуманоиды», «киборги», широко популяризируемые средствами массовой информации.(Ф.В.Кондратьев, 1994; Е.В. Макушкин, 1995).

Необходимо отметить и тот факт, что в последние годы значительно реже стали встречаться и бредовые идеи ревности в фабуле болезненных переживаний. Этот феномен, по-видимому связан с изменениями морально-этических норм в современном постсоветском обществе. Причем, в подавляющем большинстве случаев мнимым любовником жены пациенты считали ее непосредственного начальника.(С.А.Гущина, 1994). Социокультуральную специфику бреда ревности подтверждает и тот факт, что во Франции бред ревности до сих пор остается одним из самых распространенных психических расстройств и мнимым любовником жены, как правило, пациенты считают друга семьи.

Интересно, что тематика переживаний изменяется не только у взрослых, но и у детей. И если у взрослых людей изменение фабулы патологических переживаний

в большей степени коррелирует с изменением социально-политической обстановки, то у детей тематика болезненных переживаний преимущественно взаимосвязана с изменением содержания получаемой ими информации (телевидение, радио, литература).

5.3. Историческая динамика непсихотических психических расстройств

«Неврозы являются той ценой, которую приходится платить человечеству за культурное развитие»
(Карен Хорни)

Наиболее культурально и исторически чувствительными являются пограничные, непсихотические психические расстройства, в этиопатогенезе которых существенную роль играют социальные факторы. Еще Карл Ясперс писал, что «особенно ярко стиль времени проявляется в неврозах: при одних обстоятельствах они процветают, тогда как при других почти не обнаруживаются».

Эпидемиологи отмечают рост распространенности неврозов во всем мире. Увеличение количества пограничных расстройств в течение XX века в 21, 4 раза (из них неврозов и неврозоподобных расстройств в 61,7 раза) убедительно свидетельствует об этом.

Среди социокультуральных факторов, наибольший вклад в развитие невротических расстройств вносят следующие:

- Культуральные характеристики общества, все многообразие которых описано в главе 1. Многочисленными исследованиями доказано, что природа конфликтов и механизмов психологической защиты культурально детерминированы.
- Социально-экономическая ситуация. Частота неврозов выше в странах с быстро меняющейся социально-экономической структурой и в урбанизированных регионах с высокой плотностью населения. Тяжелое экономическое положение, безработица и потеря социальной перспективы потенцируют развитие расстройств невротического регистра.(В.А.Абабков, 1992; B.J.L. Vazquel et al.,1982).
- Миграционные процессы. Уровень невротических расстройств выше у эмигрантов, беженцев, у лиц переехавших из села в город и наоборот. Они переживают культурный шок и психологический конфликт, обусловленный процессами аккультурации.
- Отношение к больному человеку в обществе. Отношение общества (получение медицинской и социальной помощи) и его граждан к лицам с

психическими и поведенческими расстройствами существенно влияет на частоту и клиническое оформление невротических расстройств, среди которых истерия по праву называется «барометром эпохи».

- Социально-демографическая структура. Невротические расстройства чаще встречаются в возрастном диапазоне 25 – 40лет у лиц, занимающихся умственным трудом, выполняющих работу на конвейере и у административного персонала. Женщины чаще, чем мужчины, страдают невротическими расстройствами. Особенно уязвимы женщины зависимые и вынужденные подчиняться, одинокие и воспитывающие ребенка самостоятельно. Среди мужчин к группе риска относятся лица, имеющие проблемы с самореализацией (неудавшаяся карьера, несбывшиеся мечты и т.п.).
- Поколенческая принадлежность. В периоды исторических преобразований наиболее уязвимы подростки и пожилые люди.
- Стратегия поведения личности в неблагоприятной исторической ситуации. Стратегии, потенцирующие невротические расстройства описаны в главе 3.
- Средства массовой информации. Тематика болезненных переживаний и страхов коррелирует с тематикой телевизионных передач и газетных публикаций.

Клинический аспект исторической динамики невротических расстройств будет рассмотрен после обзора основных концепций, отражающих влияние социокультурных факторов на течение пограничных расстройств.

5.3.1. Влияние социокультурных факторов (теории).

З.Фрейд впервые высказал мысль о том, что невроз является реакцией на определенное состояние культуры и общественного сознания. Находясь на стажировке в Сальпетриере в клинике Ж.Шарко, он изучал параличи при истерии. Вначале З Фрейд рассматривал истерию с традиционной, медицинской точки зрения. Но в дальнейшем стал видеть в ней не только медицинский синдром, но и общекультурную проблему. Именно исследуя истерию, он пришел к созданию психоанализа.

На рубеже XIX и XX веков вновь актуализировалась дилемма, проходящая красной нитью через всю европейскую историю: соотношение души и тела, физиологического и психологического, философских и медицинских взглядов на болезнь, которые кристаллизовались в проблеме истерии. С точки зрения социодинамической психиатрии, это, отнюдь, не случайное явление. Во времена Фрейда истерия и связанные с ней реакции вытеснения, стали массовым явлением в европейской культуре, особенно среди лиц, вынужденных в силу своего социального происхождения и статуса следовать жестким культурально одобряемым формам поведения. Клиника Шарко была переполнена знатными

пациентами с истерией. У него лечились члены королевских семей Европы , а профессионалы называли его «Наполеоном неврозов».
Впоследствии Фрейд показал, что эти явления порождаются структурой рациональности культуры. Чем больше социальных запретов и санкций, тем выше вероятность невроза. ***Если неврозы становятся массовым явлением, то это означает, что в данном обществе появились социально-культуральные механизмы, которые их воспроизводят***. Более того, З.Фрейд убедительно продемонстрировал, что эти культуральные механизмы определяют невротические состояния и содержательно. В зависимости от того, что и как подавляется социумом, формируются защитные механизмы и формируется определенная форма невроза. То есть, определенная социокультуральная ситуация порождает специфические невротические состояния, характерные именно для этого исторического времени и геополитического пространства. В современной исторической психологии эта точка зрения нашла свое отражение в концепции «исторического невроза», основные положения которой будут изложены ниже.
Классическим примером взаимосвязи характера исторической эпохи и клинической картины невроза является «фрейдовские» неврозы конца XIX века, которые процветали в Европе. Изучая именно этих пациентов З.Фрейд описал сексуальную природу бессознательного и пришел к выводу, что в основе психических процессов лежит инстинкт любви (Эрос). И не случайно, что невротическим эпицентром начала XX века стала Вена. М.К.Мамардашвили (1992) писал, что Австрия начала века – это первый розыгрыш в Европе проблемы отношения Востока и Запада в европейском сознании, то есть, это проблема подавления естественных влечений (с точки зрения З.Фрейда – сексуальных) во имя соблюдения социальных норм и правил, соответствующих социальным ролям человека. Интересно, что живя в другом историческом времени и работая с другими пациентами, которые пережили ужасы первой мировой войны, З.Фрейд, похоронивший 26-летнюю дочь в 1920 году и переживший страх за жизнь двух сыновей, воевавших на фронте, корректирует созданную им теорию психоанализа и выдвигает гипотезу о том, что основой психических процессов является дихотомия двух могущественных сил – Эроса и Танатоса. Другая историческая эпоха породила иную клиническую картину неврозов и другое теоретическое обоснование его генеза.
Ученик З.Фрейда, всемирно известный американский психиатр, писатель и педагог, Франц Александер (1995), анализировал влияние историко-культурных изменений в обществе на психическое состояние человека. Рассматривая историческое развитие с точки зрения психодинамики, он пришел к выводу, что человеческое поведение подвластно двум противоположным течениям. С одной стороны – это стремление к стабильности и безопасности, в основе которого лежит инстинкт самосохранения, обеспечивающий выживание в популяции. С другой – стремление к риску, исследованию неизвестного и к творчеству, что отвечаетет потребности в росте, воспроизведении и в конечном итоге – прогрессе.

Каждый период истории характеризуется той или иной доминирующей потребностью. Например, в феодальную эпоху преобладала забота о стабильности и взаимная защита. В эпоху Возрождения с ее новой историко-культурной реальностью – познание непознанного и творческий подъем, которые дали миру Леонардо да Винчи, Рафаэля, Микеланджело, Тициана, Веронезе, Ян ван Эйка, Брейгеля, Дюрера.

Развив концепцию «культурного сдвига» , выдвинутую социологом Уильямом Огберном, Ф.Александер писал, что общественные позиции людей намного переживают общественные структуры, породившие их. Это происходит потому, что с одной стороны, в популяции преобладают консервативные воззрения, а с другой – эмоциональные отношения имеют тенденцию отставать от историко - культурных изменений. Это несоответствие между ними – культурный сдвиг- на уровне общества приводит к социальной дезорганизации , а на уровне индивида - к эмоциональным конфликтам, стимулирующим развитие невротических расстройств (Ф.Александер, Ш.Селесник, 1995) .

Карен Хорни (1885-1952), проанализировав этиологию и клинические проявления невротического поведения в различных культурных условиях, пришла к выводу о важнейшем влиянии социокультуральной среды на формирование личности и клиническое оформление неврозов. Она создала социокультуральную теорию личности, в которой отвергла ряд постулатов психоанализа. К. Хорни не соглашалась с позицией З.Фрейда, высказанной им в «Недомогании культуры», где он утверждал, что внутреннее ядро человека представляет собой деструктивную силу, покрытую тонким слоем цивилизации. Она утверждала, что внутреннее ядро человека конструктивно, и человек постоянно стремится к самореализации, вопреки подавлению со стороны семьи, общества и культуры.

В своей книге «Невротическая личность нашего времени» К. Хорни сформулировала основные концепции и принципы социокультуральной теории.

К.Хорни убедительно показала, что современная культура порождает в людях высокий уровень тревожности. Она описала четыре основных способа избегания тревоги в современной западной культуре:

1. Рационализация тревоги. Это наилучший способ оправдания своего уклонения от ответственности. В этом случае тревога трансформируется в рациональный страх.
2. Отрицание тревоги, то есть устранение ее из сознания. В этом случае у человека имеют место сомато-вегетативные проявления (дрожь, усиленное потовыделение, учащенное сердцебиение, ощущение удушья, понос, рвота, учащенное мочеиспускание и т.п.). Описан также и механизм сознательного преодоления тревоги путем ее игнорирования.
3. Попытка заглушить, ее прибегая к различным аддикциям как химическим (алкоголь, наркотики и т.п.), так и к нехимическим (работоголизм, сексуальные аддикции и т.п.).
4. Избегание мыслей, чувств, побуждений или ситуаций, вызывающих тревогу.

5.3.2. Клинические аспекты исторического патоморфоза неврозов

Социокультуральные факторы влияют не только на частоту встречаемости пограничных расстройств, но и на их клиническое оформление. Например, в Голландии диагностируется значительно больше случаев истерии, чем в США, а в Индии и Египте – нередки еще случаи истерии с припадками (Б.Д. Петраков, 1989; L.Saenger, 1968; Fakhr El – islam, 1975;).

Анализируя работу отделения неврозов и психотерапии института им. В.М.Бехтерева за 40 лет (40-е – 80-е годы XX столетия), В.А.Абабков (1994) выявил и описал связь между видом невроза, исторической эпохой, невротическим синдромом и характером патоморфоза невроза. «Патоморфоз неврозов на уровне клинических форм определялся изменениями макросоциальных факторов (экономических и политических условий в нашей стране), которые опосредованно, через микросоциальные условия влияли на преобладание тех или иных типов невротических конфликтов, обусловивших в значительной мере формы неврозов».

В конце 40-годов преобладала невротическая депрессия, 50-60-е годы характеризовались увеличением неврастений, в 70-годы преобладали фобические расстройства, а для конца 80-х годов наиболее характерным был невроз навязчивых состояний. Истерический невроз чаще отмечался в конце 20-, 40-, 70-, 80-х годов. В 1927году среди «невропатов», присланных в Кисловодск со всего СССР, преобладала истерическая форма, затем шли психастеническая, шизоидная и в равных количествах циклоидная, эпилептоидная и дегенеративная формы невропатий. (П.И.Эмдин и др., 1928).

Характерно также, что, начиная с 40-х годов, отмечается тенденция к увеличению продолжительности неврозов, а с 80-х годов – к утяжелению болезненных проявлений с переходом к иерархически более ранним соматизированным расстройствам. При сравнительном анализе течения неврозов и неврозоподобных состояний в 1975г. и в 1995 годах В.С.Чугунов с соавт., (1995) отметили, что если в 1975году преобладали классические неврозы, то в дальнейшем наблюдалось развитие патологии, условно называемой соматоневрозами. В 90-годах в клинической картине неврозов преобладали функциональные расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, аллергические проявления и т.п.,а психопатологическая картина заболевания часто соответствовыала синдрому хронической усталости.

Одним из возможных вариантов объяснения соматизации неврозов может служить концепция Т. Икскюля (Th. Uexkull,1991), в которой выделяются специфические для индустриальных культур функциональные синдромы. Согласно этой концепции процесс соматизации в современном обществе имеет адаптирующее значение к требованиям, предъявляемым социумом к личности. (цит. по В.Брайтигам, П. Кристиан, М.Рад, 1999).

Н.Д.Лакосина и Г.К.Ушаков (1984), проанализировав динамику течения неврозов, отмечают тенденцию к их затяжному течению с преобладанием ипохондрического, депрессивного и тревожно-фобического вариантов. Отмечается трансформация неврозов в невротические развития с патохарактерологическими изменениями личности. В.А. Абабков и Г.Л. Исурина (1992) , изучая психологический аспект патоморфоза неврозов, пришли к выводу, что в наиболее сложные исторические периоды, когда в обществе нарастает напряжение, люди не в состоянии его ограничить или трансформировать. Пациенты становятся менее невротичными (в традиционном смысле) и характеризуются большей степенью выраженности психопатоподобных личностных расстройств.

Лица с невротическими расстройствами не могут разрешить внутри- и межличностные конфликты путем эмоционального отреагирования. Эта ситуация является предрасполагающей к соматизации типа истерического реагирования.

Особый интерес вызывает исторический патоморфоз истерии, при которой наиболее выражена зависимость характера клинического оформления от социокультуральных влияний. После сексуальной революции резко уменьшилось число грубых конверсионных расстройств (истерические параличи, слепота, глухота и т.п.), но одновременно резко возросло количество психосоматических заболеваний. F.Dunbar и его последователи, изучая четыре основных способа избегания тревоги и механизм соматизации под воздействием социокультуральных факторов, пришли к выводу, что в индустриальном и постиндустриальном обществе формируются определенные личностные особенности и черты характера, которые обусловливают неадекватный тип реагирования на стресс, влекущий за собой психосоматическое расстройство.

Так, в культуре, где высоко ценится успех в карьере, к группе риска коронарными заболеваниями относятся повышенно честолюбивые, стремящиеся к успеху, не умеющие отдыхать и расслабляться люди. Тип женщин, готовых к самопожертвованию, не склонных к выражению негативных эмоций и избегающих конфликтов, относится к группе риска рака молочной железы.

При анализе динамики клинической картины истерических расстройств за 50 лет (1935-1985годы), проведенном Л.В.Ромасенко (1994, 1995), помимо соматизации истерических проявлений было выявлено также перераспределение ведущих клинических синдромов истерических расстройств с увеличением доли невротических и патохарактерологических синдромов и уменьшением психотических. В 90-е годы при неврозах отмечаются расстройства, связанные с широко рекламируемыми в масс-медиа феноменами: экстрасенсорикой, магией, астрологией.

У детей также выявлена взаимосвязь тематики болезненных переживаний с содержанием получаемой ими информации. Причем, чем младше ребенок, тем патогеннее визуальная информация. При исследовании динамики содержания страхов у детей в период с 1986 по 1994г. выявлено, что в 90-е годы частота детских страхов стремительно увеличивается. И если раньше у детей преобладали

страхи в отношении традиционных отрицательных сказочных персонажей (Змей Горыныч, Баба Яга, Кощей Бессмертный и др.), то в настоящее время доминируют страхи в отношении динозавров, вампиров, приведений, инопланетян, роботов и т.д., то есть персонажей видеофильмов, а также компьютерных игр (В.В.Гаврилов, Ю.Г. Манучарян, 1994).

Рассмотрение проблемы исторического патоморфоза невротических расстройств, не возможно без изучения исторической динамики невротических конфликтов и защитных психологических механизмов. Это чрезвычайно важный вопрос, так как ведущая роль в формировании невротического конфликта отводится субъективным позициям личности, которые формировались в определенный исторический период с характерными социокультуральными условиями. Подробно проблема исторического персоногенеза изложена в главе 3.

Динамика невротических конфликтов в различные исторические периоды развития СССР послевоенного периода отражена в работах В.А.Абабкова (1992, 1994), который изучил более 3000 историй болезни пациентов, находившихся в отделении неврозов в течение 40 лет (с 1948г. по 1988г.).

Конфликты истерического типа преобладали в 1948 – 1949гг. и в 1987 – 1988г.г. Эти годы были наиболее сложными и напряженными среди всех рассматриваемых исторических периодов. Послевоенный период и период перестройки и гласности характеризовались переходом к новым социокультуральным условиям жизни в стране, которые потенцировали возникновение психологических конфликтов, преимущественно истерического типа: между завышенной самооценкой и уровнем притязаний с одной стороны, и отсутствием реальных возможностей для их реализации. Фрустрация потребностей порождала конфликт. В эти периоды времени определенный круг лиц лучше адаптировался, используя защитные психологические механизмы: истерический эгоцентризм, демонстративность, аффективность.

В 1987 – 1988 годы возросло также количество лиц, страдающих неврозом навязчивых состояний. Этот период характеризовался кардинальным пересмотром годами декларируемых мировоззренческих подходов, идеалов и стандартов, что способствовало возникновению психологического конфликта. Нерешительность, мнительность, задержка эмоционального отреагирования, были своеобразной психологической защитой. В этот период отмечен рост обсессивно-фобических форм неврозов.

Конец 50- начало 60-х годов (период оттепели) характеризовался демократическим стилем развития общества: высоко ценилась инициативность, творческий подход, создавались условия для личностного роста. Но такой стиль жизни подразумевал личную ответственность, напряженный темп и ритм жизни, принятие нестандартных решений. В этот период доминировали невротические конфликты неврастенического типа: между завышенными требованиями к себе и недостаточными возможностями личности их осуществить. Проведенные исследования позволили заключить, что тип психологического конфликта и изменения личности больных неврозами определялись социально-политическими

условиями в стране, а также экономическими и культуральными особенностями общества.

5.3.3. Исторический невроз

Выше был описан исторический патоморфоз неврозов с точки зрения психиатров, то есть проанализированы клинические случаи неврозов. За основу анализа были взяты истории болезни пациентов, находящихся на лечении в специализированных психиатрических учреждениях. Однако многочисленные исследования психологов и социологов (данные по Украине представлены в главе 4), дают основание говорить о неврозах не только с клинической точки зрения, но и оценивать их с психологических позиций. Исторический психолог Е.Ю.Боброва (1997), проанализировав действие неблагоприятной исторической ситуации на психический статус населения, пришла к выводу, что длительное влияние стрессогенных факторов в ***неблагоприятной исторической ситуации*** вызывает нарушение целостности личности, которое она обозначила как исторический невроз.

Исторический невроз — невротическое состояние личности психогенного характера, сформированное в результате патогенного влияния неблагоприятной исторической ситуации, характеризуется массовидностью и типичностью: сходством содержательных характеристик и внешних невротических проявлений, распространяется в виде психических массовых эпидемий и имеет историческую значимость.

При историческом неврозе личность разделяет страхи, присущие подавляющему большинству людей, живущих в данной культуре и выстраивает типичные для данной исторической эпохи механизмы психологической защитны. ***При неврозе, как клинически выраженном расстройстве,*** человек испытывает страхи и выстраивает психологические механизмы защиты, качественно отличающиеся от страхов и защит определенного культурного образца данной исторической эпохи.

Предвестники массовидных невротических состояний

1. Непатологические психологические стрессовые реакции

- Они психологически понятны
- Обусловлены конкретной неблагоприятной исторической ситуацией, выходящей за рамки привычного жизненного опыта (войны, революции, техногенные катастрофы и т.п.)
- Не достигают уровня психической патологии и не носят синдромально очерченный характер.
- Отличаются транзиторностью

Субклинические проявления:

Эмоциональные дисфункции

Ситуационная и социальная тревога

Вегетативные дисфункции

Инсомния

Заострение личностных черт характера
Снижение продуктивности, интенсивности, стабильности и эмоциональной окрашенности деятельности
В главе 2.4 описаны уровни психического здоровья. Исторический невроз можно отнести к крайним вариантам нормы.

Характеристики исторического невроза.

- Массовидность определенных невротических расстройств (тревожно-фобических, депрессивных, алкоголь- и наркозависимого поведения, суицидального и агрессивного поведения)
- Распространение массовидных невротических реакций в обществе путем механизма социально-психологического заражения. Например: эпидемии самоубийств, со специфическими для неблагоприятных исторических ситуаций мотивами (острое чувство одиночества, экзистенциальный вакуум, утрата идеалов и социальной перспективы, аномия) и субъектами суицида (подростки, студенты).
- Внутриличностный конфликт отражает специфические для данной исторической ситуации противоречия. Например, интенсивная капитализация общества вызывает противоречия между индивидуалистическими и коллективными тенденциями и вызывает трудности адаптации к новым условиям жизни у подавляющего большинства населения. По сути, речь идет о смене национальной мотивации и менталитета .
- Исторический невроз подвержен своеобразной социально-исторической коррекции, которая способствует редукции невротических проявлений.
- Массовидные проявления исторического невроза формируют своеобразный невротический дух эпохи и феномен массового невротического присутствия, которые лежат в основе формирования определенного невротического стиля общения и деятельности. Эту закономерность подтверждает известный польский психиатр А.Кемпински, который утверждал, что тип личности психопата зависит от духа эпохи. «В эпоху тоталитаризма любое отклонение от жестких социальных норм считалось признаком психопатии.Чем спокойнее время, тем виднее психопат. В переломные исторические периоды времени они не только перестают выделяться среди вчера еще вполне нормальных обывателей-они приходят к власти» (А.Кемпински, 1998).

Стратегия поведения лиц с преобладающей невротической компонентой

- Стереотипность, навязчивость и нецелесообразность поведенеских актов
- Отсутствие самостоятельности и инициативы
- Подражательный характер поведения, склонность к внушаемости и подчиняемости
- Высокая конфликтность, агрессивность вплоть до деструктивной социальной направленности

- Повышенный уровень личностной и ситуационной тревоги
- Быстрая психическая утомляемость
- Склонность к группированию в трудных ситуациях, являющаяся своеобразной психологической защитой от невротической тревоги.

Мысли о специфических психических расстройствах, возникающих при неблагоприятных исторических ситуациях высказывают и психиатры. В 1991году Ю.А.Александровский на основе анализа состояния психического здоровья населения России и бывших республик СССР выделил в отдельную группу социально-стрессовые расстройства (ССР). (Александровский Ю.А.1991-1998). Кардинальное отличие социально-стрессовых расстройств от посттравматических стрессовых расстройств он видит в том, что ССР развивается у лиц не только вследствие конкретной жизнеопасной ситуации, но и у лиц, находящихся под влиянием макросоциальной общегрупповой психогении. Одной из ведущих причин развития ССР автор считает «смену системы культурных, идеологических, моральных, религиозных представлений, норм и ценностей, остававшихся неизменными на протяжении жизни прежних поколений», то есть по сути, смена менталитета.

С учетом патогенного влияния неблагоприятной социально-исторической ситуации на психический статус населения представляется целесообразным , наряду с традиционной терапией, проведение социально-исторической коррекции этих состояний, целью которой является интеллектуальное и эмоциональное осознание невротического конфликта путем социальной рефлексии внутренних противоречий личности.

Наиболее реальными и перспективными представляются следующие пути достижения этой цели:

- обсуждение в литературе и средствах массовой информации проблем, характерных для данной исторической ситуации и для психического состояния населения. Например, широко обсуждаемая в отечественной прессе конца 80-х годов проблема исторической ответственности коммунистической партии за годы массового террора имела огромную личностную значимость для старшего поколения.
- Стимуляция социальной активности, которая способствует коррекции социального поведения и Я-концепции, повышению самооценки, выработке зрелых защитных психологических механизмов. Например, активное привлечение ветеранов ВОВ к воспитательной и патриотической деятельности.

5.4. Историческая динамика аддиктивных форм поведения

В главе 3 подробно рассматривались поведенческие стратегии личности в неблагоприятной исторической ситуации. «Уход от реальности» является одним из наиболее часто встречающихся стратегий в ситуации хронического социального стресса. В связи с этим, мне представляется целесообразным

рассматривать ряд психических и поведенческих расстройств (в частности алкоголизм и наркомании) не в рамках патологической зависимости, а следуя концепции Ц.П.Короленко и Сигал (1991), как вариант аддиктивного поведения. Особенно такой подход целесообразен в детской и подростковой психиатрии и наркологии, так как у представителей этих возрастных групп еще не сформировалась четкая зависимость от определенного психоактивного вещества, и его прием часто обусловлен предпочтениями референтной группы, финансовыми возможностями, модой. С точки зрения исторической психологии, наиболее существенным является не вид наркогенного вещества, а сам факт изменения реальности посредством химического вещества. Но в современных условиях люди изменяют реальность не только химическим путем, они все чаще преображают реальность нехимическим способом. Все эти варианты объединены единым понятием – аддикции.

А***ддиктивное поведение*** (от англ. addiction – склонность, пагубная привычка) ***х***арактеризуется стремлением к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния химическим или нехимическим путем. Это стремление становится доминирующим в сознании человека, его поведение подчинено поиску средств, позволяющих уйти от реальности. В результате человек существует в виртуальном, сюрреалистическом мире. Он не только не решает своих насущных проблем, но и останавливается в своем развитии, вплоть до деградации.

5.4.1. Классификация аддикций (Ц.П.Королеко, Н.В.Дмитриева, 2000)

1.Нехимические аддикции:

- Патологическая склонность к азартным играм(гэмблинг)
- Компьютерная аддикция
- Сексуальные аддикции (гомосексуализм, лесбиянство, перверсии)
- Работоголизм
- Аддикции к трате денег
- Аддикции отношений (патологическая привычка к определённому типу отношений)
- Ургентные аддикции (привычка находиться в состоянии постоянной нехватки времени)

2. Промежуточные формы аддикции

- Аддикции к еде
  a). Нервная анорексия F.50.0
  b). Нервная булимия F.50.2

3. Химические аддикции

О химических аддикциях говорят в том случае, если в качестве аддиктивных агентов используются психоактивные вещества. Это практически все вещества, рубрифицмрованные в МКБ-10 в рубрике F 1: алкоголь, табак, кофеин, опиаты, каннабиоиды, галлюциногены, растворители, транквилизаторы, барбитураты.

5.4.2.Факторы, способствующие развитию аддиктивного поведения.

Наиболее склонны к аддиктивным формам поведения лица, имеющие следующие психологические характеристики:

1.Воспитание в детстве:

- формирование ранней тревоги, в связи с эмоциональным напряжением и тревожностью матери
- психологические травмы в детстве (насилие, жестокое обращение, материнская и патернальная депривация)

2. Особенности личности

- Сниженная переносимость трудностей повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций
- Скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством
- Внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами
- Стремление говорить неправду
- Стремление обвинять других, зная, что они невиновны
- Стремление уходить от ответственности в принятии решений
- Стереотипность, повторяемость поведения
- Зависимость
- Тревожность.

3. Социальные факторы

- Дезинтеграция общества
- Дискриминация по половому, национальному, экономическому и другим признакам.

5.4.3. Патологическая склонность к азартным играм.

Одной из характеристик ментальности советского человека было неприятие “страсти к легкой наживе”, среди которой азартные игры занимали ведущее место. Эта страсть считалась пороком, недостойным порядочного человека. Были запрещены чемпионаты по бильярду и карточным играм, официально отсутствовали казино. Литературные произведения великих русских игроков А.С.Пушкина и Ф.М.Достоевского, в которых сформирован романтический образ игорного заведения и блестяще описаны психологические портреты игроков, не входили в школьную программу. Советские психологи и психиатры практически не сталкивались с проблемой патологической склонности к азартным играм, а в отечественной медицинской литературе отсутствовали исследования и публикации на эту тему.

Сегодня “страсть к легкой наживе” стала всеобщей, морально разрешенной и общественно одобряемой. Недавнее исследование “среднего класса” России, проведенное по инициативе журнала “Эксперт”, выявило, что 80% опрошенных готово пойти на риск, чтобы добиться желаемого (Ж. Клин, 2000). В постсоветских странах появилась новая проблема не только для общественной морали, но и для психиатрии. С одной стороны, легализация и бесконтрольное развитие игорного бизнеса, а с другой - высокий уровень тревожности, сопутствующий исторической социализации человека, потенцировали развитие патологической склонности к азартным играм. В психиатрической литературе неоднократно описывался феномен “переполненных игроками казино” в периоды кардинальных исторических изменений. В начале 30-х годов в период “великой депрессии” в Америке расцвел игорный бизнес и поголовное увлечение изобретенной в этот период игрой “Монополия”. В условиях жесточайшего экономического кризиса склонность к азартным играм приобрела невиданный ранее размах. Игра создавала иллюзию, что разбогатеть может каждый. Страх перед жизнью отступал перед страхом проигрыша. Мотивация обращения к игре в стабильных и нестабильных обществах различна.

Автор “Энциклопедии азартных игр” Алан Вейкси, проанализировав ведущие мотивы обращения к игре среди игроков в стабильном обществе, выделил следующие (по мере убывания):

- тренировка интеллекта
- необъяснимое возбуждение, порождаемое процессом игры
- денежный выигрыш и попытка “одолеть фортуну”
- потребность развеяться и побороть скуку

Хотя азартными играми с целью поиска математических закономерностей выигрыша, активно интересовались такие знаменитые ученые как, Галлилео Галлилей, Кардано, Блез Паскаль, этот мотив в нестабильном обществе практически отсутствует .

Для нестабильного общества ведущими мотивами являются:

- попытка преодолеть финансовую несостоятельность и ликвидировать долги
- потребность в купировании эмоциональных и психологических проблем.

С точки зрения психодинамической концепции, влечение к игре является проявлением протеста и бессознательного агрессивного отношения к реальной действительности, а неадекватная уверенность в выигрыше скрывает инфантильные фантазии всемогущества и подсознательного ожидания неограниченного удовлетворения своих желаний. Игра является своеобразной психологической защитой , сублимирующей трудности реальной жизни. Игра помогает уйти от реальности происходящего и необходимости предпринимать конкретные действия. Не зря игорные заведения работают круглосуточно, в них отсутствуют настенные часы, а окна занавешены светонепроницаемыми портьерами. Попадая сюда, человек выпадает из реального времени и пространства.

В нашей стране отсутствуют статистические данные о частоте встречаемости патологических игроков, но Западная статистика производит гнетущее впечатление. По данным национальной Комиссии по изучению влияния азартных игр США из 13 миллионов итальянцев, регулярно тративших деньги на азартные игры, 150 тысяч считаются “патологическими игроками”, более 5 миллионов американцев отнесены к “патологическим или проблемным игрокам”, а 15 миллионов - к группе риска. По данным мировых эпидемиологических исследований 2 -3% населения индустриально развитых стран страдает патологической склонностью к азартным играм.

“Патологическая склонность к азартным играм” выделена в отдельный диагностический таксон, отнесенный к расстройствам привычек и влечений (F63.0) в классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10).

По мнению исследователей этого клинического феномена, это расстройство генетически детерминировано и высоко коморбидно с аффективными расстройствами, но пусковым механизмом являются социально-психологические факторы. Характерные для развития всех аддиктивных расстройств санкционирующие факторы описаны выше. Специфическими факторами для развития патологической склонности к азартным играм являются следующие.

Факторы, потенцирующие развитие патологической склонности к азартным играм:

- утрата родителей в возрасте до 15 лет
- неадекватный родительский стиль воспитания (по типу гипер- , гипоопеки или непоследовательности)
- отсутствие бережливости и планирования финансов)
- ситуативная доступность азартных игр и предрасположенность к игре в подростковом возрасте.
- для мужчин характерен эмансипационный конфликт с родителями в подростковом возрасте, а в дальнейшем неприятие авторитарных фигур

Начало расстройства совпадает, как правило, у мужчин с подростковым возрастом, а у женщин приходится на вторую половину жизни.

Признаки, характерные для лиц, склонных к азартным играм:

1. Постоянная вовлеченность, увеличение времени, проводимого в ситуации игры.

2. Изменение круга интересов, вытеснение прежних мотиваций игровой деятельности, постоянные мысли об игре, преобладание в воображении ситуаций, связанных с игровыми комбинациями.

3. “Потеря контроля”, выражающаяся в неспособности прекратить игру как после большого выигрыша, так и после постоянных проигрышей.

4. Появление состояний психологического дискомфорта, раздражительности, беспокойства (т.н. “сухой абстиненции”) через короткие промежутки времени после очередного участия в игре с труднопреодолимым желанием приступить к игре (“игровым драйвом”).

5. Увеличение частоты участия в игре и стремление ко все более высокому риску.

6. Нарастание снижения способности сопротивляться соблазну (“снижение игровой толерантности”) возобновить игру.

Этапы развития патологической склонности к азартным играм (по R.L.Custer):

1 стадия - стадия выигрыша. Для этого периода характерен крупный выигрыш, сопровождающийся эйфорией и формирование психологической зависимости от игры.

2 стадия - стадия прогрессирующих проигрышей. В этот период к уже сформированной психологической зависимости присоединяется физическая . Жизнь больного сосредоточена на игре. Он не может остановиться ни после выигрыша, ни тем более после проигрыша. Ощущения эйфории, имеющие место в период между ставкой и исходом игры, подкрепляют влечение. Нарастает социальная дезадаптация: появляются финансовые проблемы, конфликты на работе и в семье, участие в рискованных мероприятиях, возможны правонарушения, направленные на добычу денег. Одновременно с этим снижаются психологические навыки в игре: появляются нерасчетливые ходы, неоправданный риск, количество проигрышей растет. Изменяется иерархия потребностей: доминирующей становится потребность в игре, вытесняя базисные физиологические потребности в еде, сексе и сне. Попытка прекратить игру сопровождается тревогой, напряжением, депрессией, нарушением сна, вегетативными нарушениями и суицидальными мыслями. В зависимости от социальных, ситуационных, личностных и интеллектуальных особенностей, вторая стадия может длиться до 10-15лет.

3 стадия - стадия отчаяния. Больной социально декомпенсирован, дезадаптирован и финансово несостоятелен. Выражено компульсивное влечение к игре. Реально ситуация не оценивается: проигрываются все движимое и недвижимое имущество, совершаются финансовые преступления. Критика к состоянию и всему происходящему отсутствует. При попытке прекратить игру возникает тяжелая абстиненция с выраженными депрессивными расстройствами и суицидальными попытками, а также агрессивным поведением. Выражена анозогнозия. Больные очень редко обращаются за помощью к психиатрам, как правило на консультацию их приводят родственники.

Фазы развития игровых срывов (В.В.Зайцев, 2000)

- Воздержание
- Автоматические фантазии
- Нарастание эмоционального напряжения
- Принятие решения играть
- Вытеснение решения играть
- Реализация решения играть

Принципы терапии и коррекции патологическкгой склонности к азартным играм:

1. В некоторых случаях необходима госпитализация в стационар для купирования психопатологической симптоматики (чаще всего депрессивной) и для изоляции игрока из патогенного окружения. Специалисты считают оптимальным срок до 3 месяцев
2. Наиболее эффективна групповая психотерапия, участие в работе групп само- и взаимопомощи. Одни авторы считают наиболее эффективной проведение поэтапной когнитивно-поведенческой психотерапии (В.В.Зайцев, 2000), другие - психоаналитическую терапию (Ю.В.Попов, В.Д.Вид, 1997). Все исследователи отмечают эффективность групп самопомощи, среди которых наиболее перспективными являются группы Анонимных игроков (АИ), созданные в Лос-Анджелесе в 1957 году по образцу Анонимных Алкоголиков. В основе работы в этих группах лежит принцип эмоциональной поддержки и пример окружающих, которым удалось преодолеть зависимость от игры. Согласно статистическим данным, каждый обратившийся туда игрок имеет в среднем долг порядка 120 тысяч долларов. Около 20% пациентов имели в анамнезе суицидальную попытку, а 80% - суицидальные мысли.Эти показатели выше, чем при тяжелой депрессии.

5.4.4. Компьютерная аддикция

5.4.4.1.Формирование компьютерной субкультуры (историко-психологический аспект).

Прежде чем говорить о компьютерной аддикции, позволю себе сделать историческо-психологический экскурс, позволяющий лучше понять это явление не только с точки зрения наркологии, но гораздо шире и глубже – с точки зрения истории и психологии.

Во все времена смена исторических этапов развития общества сопровождалась формированием новой системы управления и внедрением новых способов и средств коммуникации. С одной стороны, они служили орудием власти над умами и были доступны избранным. С другой стороны, они изменяли ментальность населения. Приведу лишь несколько наиболее показательных примеров.

Так, историческое развитие Шумерской цивилизации нашло свое отражение в создании земледельческих городов – государств и в изобретении пиктографического письма и клинописи (сер.IV – нач. III тыс. до н.э.), которые способствовали развитию новой культуры. Клинопись и все последующие варианты ее развития появились и тиражировались в храмах и царских дворцах и отражали идеологию именно этого слоя населения. Поэтому религиозность была одной из ведущих характеристик ментальности населения.

Период окончания Столетней войны в Европе ознаменовался изобретением книгопечатания. Иоган Гуттенберг (около 1445г.) изобрел новый вид коммуникации, способствующий распространенности светской образованности

не только в Германии, но и во всей Европе. Именно в этот исторический период формируется культура эпохи Возрождения, распространившаяся в XIV-XVI веках из Италии по всей Европе. Изменения психологии и поведения людей в эпоху Возрождения были столь очевидны , что психологи даже ввели термин «личность эпохи Возрождения», многие черты которой считаются идеалом человека и по сей день. Гуманистическое мировоззрение, вера в творческие силы человека, обращение к античному культурному наследию, ослабление религиозности, духовное раскрепощение, оптимизм, осознание своей свободы - основные характеристики человека эпохи Возрождения. Жизнь людей эпохи возрождения была тесно связана с исскусством, наукой и техникой, которые в их умах заняло место, принадлежавшее в средние века, религии .

По мере развития письменности, изменялся стиль общения между людьми, их психология и поведение. При этом, человечество не только приобретало новые возможности, но и теряло ряд не менее ценных качеств

Один из самых знаменитых ученых – медиевистов мира, семиотик, специалист по массовой культуре, професор Болонского университета и почетный доктор многих университетов Европы и Америки Умберто Эко (р.1932) проанализировал психологические последствия внедрения новых способов и средств коммуникации на протяжении всей человеческой истории. Результаты этого анализа были им представлены в лекции ”От интернета к Гуттенбергу”, прочитанной им в Колумбийском университете 12 ноября 1996года.

Со времен Платона человечество всегда испытывало страх перед новыми средствами коммуникации и считало, что новый способ общения меняет психологию и поведение человека.. Еще Платон заметил, что письменность ослабляет память и предлагает людям «окаменевшую душу».

В эпоху рукописных книг ими могли воспользоваться только единицы избранных, а остальные получали знания о мире и о своем месте в нем, созерцая фрески и росписи Средневековых соборов и слушая проповеди священников, читающих рукописи, имеющих возможность сравнивать и анализировать полученную информацию и нужную доносить до слушателей. С точки зрения современности, это была телевизионная программа с неизменным видеорядом и готовым набором суждений о мире, морали, Боге, Жизни и Смерти.

Внедрение книгопечатания способствовало редукции архаического мышления и разрушило образность и наглядность визуальной культуры. Ставшая доступной, книга способствовала излишней информированности населения, отвлекала его от раздумий о вечных ценностях, побуждала к свободной интерпретации и критике Священного Писания. Мышление постепенно рансформировалось из конкретно-образного в абстрактно-логическое. Костры Инквизиции, на которых жгли еретиков и книги, так и не смогли вернуть человечество в лоно визуальной культуры. Это сделало телевидение.

В 60-х годах XX века канадский культуролог Герберт Маршалл Маклюэн написал свою Галактику Гуттенберга, где описал процесс постепенной смены линейного способа мышления, возникшего с изобретением печати, на более

глобальный способ восприятия и понимания через образы телевидения и других электронных средств. Он выразил опасение, что телевидение может уничтожить потребность в печатной книге. С момента изобретения телевидения наша цивилизация вновь вернулась к зрительным образам и визуальной культуре. Особенность ее влияния на психологию человека выражается в том, что визуальные образы способны преображать частные, высказанные всего несколькими людьми идеи в общие, что позволяет легко убеждать телезрителей в тех идеях или проектах, которые не вызвали бы их доверия, если бы они были прочитаны (при необходимости неоднократно) и критически переосмыслены.

Глобальная ориентация на зрительные образы способствовала снижению грамотности и оживлению архаического и конкретно-образного мышления. Сегодня, когда практически все население мира получает информацию по телевидению и 80% безоговорочно ей доверяют, мы наблюдаем всплеск архаического мышления, деструктивных форм поведения и прогрессирующее нарастание безграмотности. Эти тенденции учитываются печатными изданиями, которые с каждым годом все больше напоминают детские книжки с цветными картинками. Минимум текста (как правило, примитивного) и максимум цветных фотографий (желательно возбуждающих базисные потребности) – таков интерфейс популярных изданий.

В настоящее время мы переживаем еще одну медио-революцию исторического масштаба – компьютеризацию. Ее влияние на психические процессы и поведение человека уже не вызывают сомнений. И если Средневековый собор был прообразом телевидения, то книга – была прообразом компьютера. Первые компьютеры использовались, как орудия письменности. Для того, чтобы ими пользоваться необходимо быть грамотным, уметь очень быстро читать, редактировать тексты и совершать ряд логически связанных между собой операций. Согласно концепции О.К.Тихомирова (1988), у пользователя компьютера преобразовывается мыслительная деятельность.Мышление приобретает абстрактно-логический характер с хорошо развитыми прогностическими функциями

В доинтернетовскую эпоху пользователи компьютером имели дело с линейным видом письменности, то есть тексты на экране практически соответствовали таковым в книге: их можно читать справа-налево, слева - направо, по диагонали, сверху – вниз, и даже пропуская целые страницы или возвращаясь к уже прочитанному С развитием Интернета, появились гипертексты, представляющие собой принципиально новые способы подачи и переработки информации. В этой связи весьма актуальны размышления и опасения Маршалла Маклюэна: если радио и телевидение постепенно уничтожат книгу, то смогут ли гипертексты заменить ее и как это отразится на психологии и поведении людей?

Умберто Эко, размышляя над этой проблемой, предположил, что в ближайшем будущем общество расщепится на два класса: тех, кто смотрит только телевидение (то есть получает готовые образцы и суждения о мире без их критического осмысления) и тех, кто работает с компьютером (то есть тех, кто

обрабатывает, критически осмысляет и отбирает информацию, в том числе и для показа по телевидению). То есть, уже сейчас начинается разделение культур, поразительно напоминающее существовавшее в средневековье: между теми, кто созерцает образы в соборе и слушает проповедника и теми, кто способен читать рукописи, критически их оценивать и проповедовать нужные, с их точки зрения, идеи.
Сегодня в Украине только 4% населения имеет доступ в интернет, но процесс компьютеризации постсоветских стран отличается от такового в западных странах взрывообразным характером. Минуя промежуточные этапы, пройденные западными пользователями компьютера, отечественные в течение нескольких лет получили доступ к самым современным моделям и технологиям. Показательна динамика компьютеризации учащихся г. Одессы. Так, если в 1992 году доступ к компьютерам имели только 0,8% учащихся, то в 1997году уже 16,7%. К сожалению, столь стремительное вхождение в новую компьютерную культуру, сопровождается психическими и поведенческими расстройствами. У 15,5% обследованных школьников –пользователей ПК выявлены признаки патологической зависимости от компьютерной деятельности. В обществе с поступательным развитием компьютеризации этот показатель равен 6% (Э.В.Мельник, 1998; S.Fisher, 1994). В Японии описан с***индром «отаку»***, при котором подростки и юноши проводят свою жизнь, погрузившись в виртуальную реальность, видеоигры и музыку из стереофонических наушников, игнорируя при этом социальные взаимоотношения, необходимость ухода за собой, образование и достижение полного развития личности.

5.4.4.2.Психологические последствия взаимодействие человека и компьютера

Изучение законов психического отражения и психического развития в условиях использования компьютеров, позволило выявить ряд важных закономерностей психологии взаимодействия человека и компьютера (Л.П.Гурьева, 1993).
Позитивные эффекты взаимодействия человека и компьютера:

- Развитие логического, прогностического и оперативного мышления
- Усиление интеллектуальных способностей при решении все более сложных и неординарных задач
- Адекватная специализация познавательных процессов – восприятия, мышления, памяти
- Повышение самооценки и уверенности в себе
- Формирование позитивных личностных черт: деловая активность, точность и аккуратность, уверенность в себе.

Негативные эффекты взаимодействия человека и компьютера:

- Снижение интеллектуальных способностей при решении примитивных задач (например, использование функции «Проверка орфографии»,

«математические действия» и т.п. способствуют редукции элементарных школьных знаний)
- При длительной работе с компьютером – снижение гибкости познавательных процессов
- Чрезмерная психическая овлеченность в работу или игры с компьютером порождает зависимое поведение
- Деформация личностной структуры
- Деструктивные формы поведения

5.4.4.3.Классификация, развитие и признаки компьютерной зависимости.

Термин «интернет-зависимость» предложил А.Голдберг в 1996 году для описания патологической, непреодолимой тяги человека к использованию Интернет. Виртуальная жизнь для этих людей становится более значимой, чем реальная. Стирается грань между «Я-реальным» и «Я-виртуальным». Компьютерная зависимость характерна для подростков и молодых людей мужского пола.

Классификация компьютерной зависимости

a). Интернет - зависимость
- Chat аддикции (чрезмерное увлечение беседами в режиме online)
- Web аддикция (поиск информации в сети)

b). Компьютеромания

В настоящее время механизм формирования Интернет-аддикции только изучается, хотя уже описаны предвестники развития этого состояния и мотивационные характеристики (В.А.Буракова, В.И.Есаулов, 2000).

Мотивация к уходу от реальности с помощью Интернет:

- Встреча и анонимное общение с людьми
- Реализация недостижимых в реальной жизни фантазий (сексуальных, агрессивных т.п.)
- Возможность быть самим собой: говорить на любые темы, отбросив моральный и этический контроль (супер-эго по Фрейду)
- Отождествление себя с желаемыми персонажами и представление себя во всем мире с обратной связью
- Неограниченный выбор собеседников и их быстрая смена в любом уголке мира
- Неограниченный доступ к неограниченной информации
- Ощущение собственного могущества

Предвестники интернет-зависимости:

- Навязчивое стремление постоянно проверять электронную почту
- Предвкушение следующего сеанса он-лайн

- Увеличение времени, проводимого он-лайн и сумм, расходуемых он-лайн

Критерии диагностики зависимости от Интернет.

Расстройство диагностируется при наличии 3-х (или более) признаков, обнаруженных в течение последних 12 месяцев

I. Толерантность (определяется любым из перечисленных):

а) потребность во все большем количестве времени работы в сети для достижения удовлетворения

б) значительное снижение эффекта от пребывания в сети в течение того же промежутка времени, что и ранее

II. Абстиненция:

а) наличие 2 или более симптомов, возникающих в период от нескольких дней до 1 месяца после прекращения или уменьшения длительности работы в сети:

1) психомоторное возбуждение
2) тревога
3) навязчивые мысли об Интернет
4) фантазии или мечты о сети
5) произвольные или непроизвольные "печатающие" движения пальцев рук

б) наличие симптомов раздела (а) является причиной нарушений в служебной, семейной и/или других сферах социального функционирования;

в) возобновление работы в Интернет или сходных On-Line службах способствует уменьшению или исчезновению симптомов абстиненции

Ш. Периоды работы в сети оказываются более частыми и/или более длительными, чем планировалось.

IV. Наличие непреодолимого желания и/или безуспешные попытки прекратить или контролировать работу в сети

V. Большое количество времени, посвящаемое имеющей отношение к Интернет деятельности (покупка соответствующей литературы, поиски новых WWW броузеров, формирование файлов и т.д.)

VI. Актуальные ранее виды социальной деятельности (семейные, служебные, развлекательные и т.д.) прекращаются или сокращаются в связи с увлечением Интернет.

VII. Использование сети продолжается, несмотря на очевидные и осознаваемые социальные и психологические проблемы, связанные с работой в Интернет (депривация сна, супружеские проблемы, опоздания на работу и утренние встречи, пренебрежение служебными обязанностями и т.п.).

Зависимость от компьютерной виртуальной реальности развивается по тем же законам, что и Интернет-зависимость.

Признаки и симптомы компьютеромании(Н.И.,Алтухов, К.Ю.Галкин, 2000):

Изменение актуального психического состояния в сторону эйфории при контакте с компьютером или «предвкушении» контакта

- Исчезновение контроля времени, проводимого за компьютером
- Стремление к увеличению времени взаимодействия с компьютером
- Раздражение, угнетенность, ощущение «пустоты» при невозможности контакта с компьютером
- Использование компьютера или игровой приставки для изменения актуального психического состояния со знака «-» на знак «+
- Возникновение проблем во взаимоотношениях в микросоциальных группах
- Вегето-висцеральные признаки (сухость глаз, запоры, исчезновение аппетита)»

5.4.5. Принципы терапии и коррекции гэмблинга и компьютерной зависимости.

1. В некоторых случаях необходима госпитализация в стационар для купирования абстинентного синдрома. Акцент в лечении делается на психокоррекционные методы воздействия.
2. Учитывая затруднения в межличностных отношениях, связанные с нарушением эмоциональных компонентов общения и социальную дезадаптацию, целесообразно проведение очной, индивидуальной и/или групповой психотерапии с акцентом на работе с образами и эмоциями.
3. Целесообразно проведение семейной психотерапии, так как во многих случаяв в основе компьютерной аддикции лежит семейная дисфункция и неадекватный стиль воспитания и взаимоотношения с ребенком.

5.4.6. Химическая аддикция(алкоголизм и наркомании)

Наркогенные заболевания являются ценнейшим объектом для культуральных исследований психических и поведенческих расстройств, так как социальные и средовые факторы вносят наибольший вклад в распространение злоупотребления психоактивными веществами. Среди социокультуральных факторов наибольший вклад в развитие зависимого поведения вносят следующие: (R. Desjarlais, L. Eisenberg, B. Good, A. Kleinman, 1995)

1. Особенности культуры и традиций, которые наиболее значимы на этапе эпизодического употребления и на первом этапе, когда формируется психологическая зависимость от психоактивного вещества. Среди культуральных факторов наибольший вклад вносят особенности мировоззрения (религиозное, атеистическое и т.д.), структура семьи и доминирующий тип воспитания. В многочисленных исследованиях историков, культурологов, психологов и этнонаркологов показано, что психоактивные вещества используются всеми народами и во все времена.

Этнопсихиатрические аспекты зависимости от психоактивных веществ достаточно глубоко отражены в монографии Ю.Лисицина и П.Сидорова «Алкоголизм» (1990). В современном обществе употребление психоактивных веществ - исторически сложившийся обычай. Из поколения в поколение передаются традиции их употребления. Представители славянской культуры предпочитают водку (самогон), французы — вино, немцы — пиво, жители горных селений Мексики и Гватемалы - кактус «пейотль» и грибы - галлюциногены. Я не буду подробно останавливаться на том, как традиции (социальные и семейные) влияют на формирование алкоголь - и наркозависимого поведения в популяции- этот вопрос достаточно подробно освещен в литературе и неоднократно обсуждался в многочисленных публикациях.

2. Социально – экономическая ситуация.
   - Стремительные темпы социальных преобразований, способствующие резкому расслоению различных социальных групп и образованию пропасти между богатыми и бедными
   - Внутренняя потребность уйти от тяжелых ситуаций, обусловленных социальным неравенством
   - Тяжелое экономическое положение, безработица. Бреннер доказал, что в периоды экономического спада и роста безработицы, увеличиваются показатели продаж вина и пива. Кривые потребления алкоголя и смертности от цирроза печени идут вверх по мере того, как падает уровень экономической стабильности (H.Brenner, 1975).
   - Гражданские войны и эпидемии
   - Стремительная модернизация экономики и урбанизация
   - Миграция сельской молодежи в городскую, космополитическую, «модернизирующую» среду, где они переживают культурный шок и психологический конфликт, обусловленный процессами аккультурации. Ломается прежняя система ценностей, ослабляются традиционные семейные связи, возникает разрыв между поколениями, утрачивается социальная поддержка.
   - Принуждение к употреблению психоактивных веществ с целью эксплуатации.
3. Реклама потребления психоактивных веществ

В Американском национальном исследовани алкоголизма показано, что наибольший вклад в распространение алкоголизма в популяции дают социокультуральные и средовые факторы. Было установлено, что наиболее высокий уровень употребления алкоголя устанавливается в возрастной группе 21-25лет, что было объяснено высокой стрессогенностью социализационного процесса в США (A.Cahalan, 1976)

Весьма интересны исследования B.M. Segal (1976), в которых автор проанализировал паттерны алкоголизации в советском и американском обществах. Это исследование было проведено в 1965-1972 годах и охватило

12475человек (из них 5383чел., проживающих в России). Проанализировав историю алкоголизации в России, автор подчеркивает значение исторического опыта в усвоении паттернов алкоголизации. Так, в период послереволюционного формирования «урбанизированной аморфной массы» населения эти паттерны алкоголизации распространились на все группы населения. Распространению пьянства после революции в России способствовало отсутствие политических и гражданских свобод, беспомощность и бессилие, неоднозначное отношение к власти, материальные трудности, подавление личностной активности, хронический социальный стресс.
По мнению B.M.Segal, в России пьянство является одной из ведущих форм связи человека со своей социальной группой, что характерно для примитивных обществ. Автор отмечает также сходство паттернов алкогольного поведения в рабочих районах городов и поселках России с негритянским гетто в США.
Изучая влияние социокультуральных особенностей на характер алкоголизации, J. Schaefer (1976) установил, что тяжелые формы пьянства, сопровождающиеся агрессивным поведением, характерны для обществ с простой политической системой, в которой отсутствуют социально-классовые различия, преобладают охотничья и собирательная технология и простое разделение труда, слабо зафиксирована семейная структура, имеется страх сверхъестественных сил.
Для обществ, где преобладало «мягкое» пьянство, характерны сложная политическая система с выраженными социально-классовыми различиями и дифференцированными видами труда, аграрный тип технологии, тесные семейные связи и сохранение традиций, лояльность к власти и послушание.

И.Н.Гурвич (2000), проведя историко-статистический анализ состояния потребления алкоголя российским обществом на протяжении Х1Х-ХХ веков, пришел к следующим выводам:
1. Имеется устойчивая и высоко воспроизводимая связь уровней алкоголизации населения и периодов нарастания системных кризисных явлений в стране.
2. Все четыре периода кризисных явлений в России , нашедших свое политическое выражение в отмене крепостного права, Октябрьской революции 1917года, «оттепели», «перестройке» сопровождались ростом экстенсивного пьянства в населении.
Выявленная зависимость может быть объяснена с точки зрения поведенческой модели алкоголизма. С одной стороны, экстенсивное пьянство является одним из проявлений «социетального беспокойства», результатом которого, в конечном итоге, являются социально-политические изменения. С другой стороны, социально-политические изменения порождают стресс, культурально детерминированной реакцией преодоления которого является алкоголизация и наркотизация.
С точки зрения социально-психологической модели развития наркологических расстройств злоупотребление психоактивными веществами рассматриваются как

(A.Marlatt, 1983; И.Н.Гурвич, 2000; С.С.Яновский, А.А.Двирский, А.П.Волченко, 2000):

- Вид аддиктивного поведения, то есть поведения, характеризующегося стремлением к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния химическими средствами (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. , 2000.)
- Вид саморазрушающего поведения (наряду с суицидальным поведением), как стремление к уходу от жизненных проблем (Н. Фейбероу).
- Вид реакции преодоления стрессогенных переживаний, где наркогенное вещество выступает в роли истинного адаптогена и стрессопротектора. В условиях хронического стресса и отсутствия в популяции традиции обращения за специализированной психолого-психиатрической помощью алкоголь является доступным и зачастую единственным средством купирования тревоги, постоянного внутреннего напряжения, страха, неуверенности в будущем, которые возникают в состоянии стресса.

В ряде исследований установлено, что абстиненты и малопьющие для купирования симптомов дистресса и преодоления проблемных ситуаций чаще используют религию (A. Stone, S.Lennox, J. Neale, 1985). Интересно, что итальянцы и евреи на стрессовую ситуацию отвечают увеличением приема пищи, а не алкоголя. Этим, в частности, и объясняется малая распространенность алкоголизма в этих этнических группах (Э.Е.Бехтель, 1986).

- Разновидность психологического защитного механизма. В современном психоанализе употребление алкоголя рассматривается как вариант невротического защитного механизма, который включается в состоянии дистресса для достижения адаптации к социальному окружению (I.Khantzian, 1980). С точки зрения В.Ю.Завьялова (1988), личностный смысл алкоголизации заключается в доступе к психологическим ресурсам, позволяющим действовать в стандартной ситуации межличностного общения необычным образом. Мотивация к потреблению алкоголя актуализируется тогда, когда появляется угроза свободе человека (Y. Brehm, 1975).

При рассмотрении социальных и психологических детерминант аддиктивного (в частности алкогольного) поведения, Ц.П. Короленко (1994) пришел к выводу, что в бывшем СССР и в современной России они значительно отличаются:

1. Социальные детерминанты аддиктивного поведения в бывшем СССР:
   - низкий уровень личной свободы;
   - низкий уровень мотиваций;
   - монотонность каждодневной жизни, отсутствие развлечений;
   - дефицит многих товаров народного потребления;
   - информационный дефицит;
   - преследования людей за их религиозные верования;
   - миграция из деревни в город;
   - лицемерие в семейном воспитании;

- неблагоприятные типы воспитания (гипоопека, воспитание «со ставкой на лидера», «престижное» воспитание, воспитание, формирующее чувство вины и стыда и др.);
- социальная толерантность к употреблению алкоголя
- непоследовательная и экстремистская алкогольная политика
- разрыв между социальной и личной жизнью;
- разрушение культуральных защитных барьеров.

2. Социальные детерминанты аддиктивного поведения в современной России:

- значительные изменения, затрагивающие многие аспекты общественной жизни (экономика, политика, культура, образование);
- нарастающий темп изменений в каждодневной жизни:

а) изменение длительности ожидания;
б) гиперстимуляция на уровнях восприятия информации, ее обработки;
в) увеличение количества решений, принимаемых в единицу времени;
г) частая смена места работы и ее содержания;
д) большое количество людей, находящихся в постоянных переездах;

- коллапс официальной идеологии;
- высокий уровень личной свободы;
- поляризация общества, безработица;
- необходимость принимать самостоятельные решения;
- снижение уровня социальной безопасности;

При анализе исторической динамики наркогенных расстройств необходимо учитывать также культуральную мотивацию к употреблению алкоголя. В кросс-культуральных исследованиях выделяют следующие разновидности употребления алкоголя:

- ***Ритуальное*** - употребление алкоголя по социальным поводам, предписываемое культурой (например, при рождении ребенка, вступлении в брак, завершении деловых переговоров).
- ***Социальное -*** употребление алкоголя в группе при том или ином социальном событии либо церемонии, в количественном отношении часто предписываемом культурой. Социальное употребление алкоголя совсем не обязательно является синонимом умеренного потребления алкоголя.
- ***Эскапистское -*** употребление алкоголя, мотивированное желанием или необходимостью избежать неприятного настроения или ситуации. Сходными понятиями являются: причины личностного характера (в отличие от социального); употребление алкоголя с целью адаптации; употребление алкоголя для подавления отрицательных эмоций.

5.4.6.1.Социокультуральные особенности наркогенной патологии в Украине

Алкоголь в украинской культуре занимает особое место. В отличие от других культур, «тема» спиртного в типичной для обыденного сознания иерархии ценностей оставляет далеко позади «темы» еды и секса.Выпивка легитимизирована нашей культурой и стоит в одном ряду с витальными потребностями. Алкоголь стимулирует решение социальных проблем, является катализатором коммуникативного взаимодействия, способствует укреплению дружеских связей. Зачастую, единственным средством, с помощью которого можно познакомиться и наладить неформальные отношения с человеком, занимающим более высокое социальное положение, является алкоголь. Человека, находящегося в алкогольной абстиненции, жалеют, ему готовы дать деньги на новую порцию алкоголя, так как он считается «больным», и ему надо помочь. Наряду с этим, и непьющий человек считается не совсем здоровым: к нему относятся с подозрением, он не такой, как все, его сторонятся.

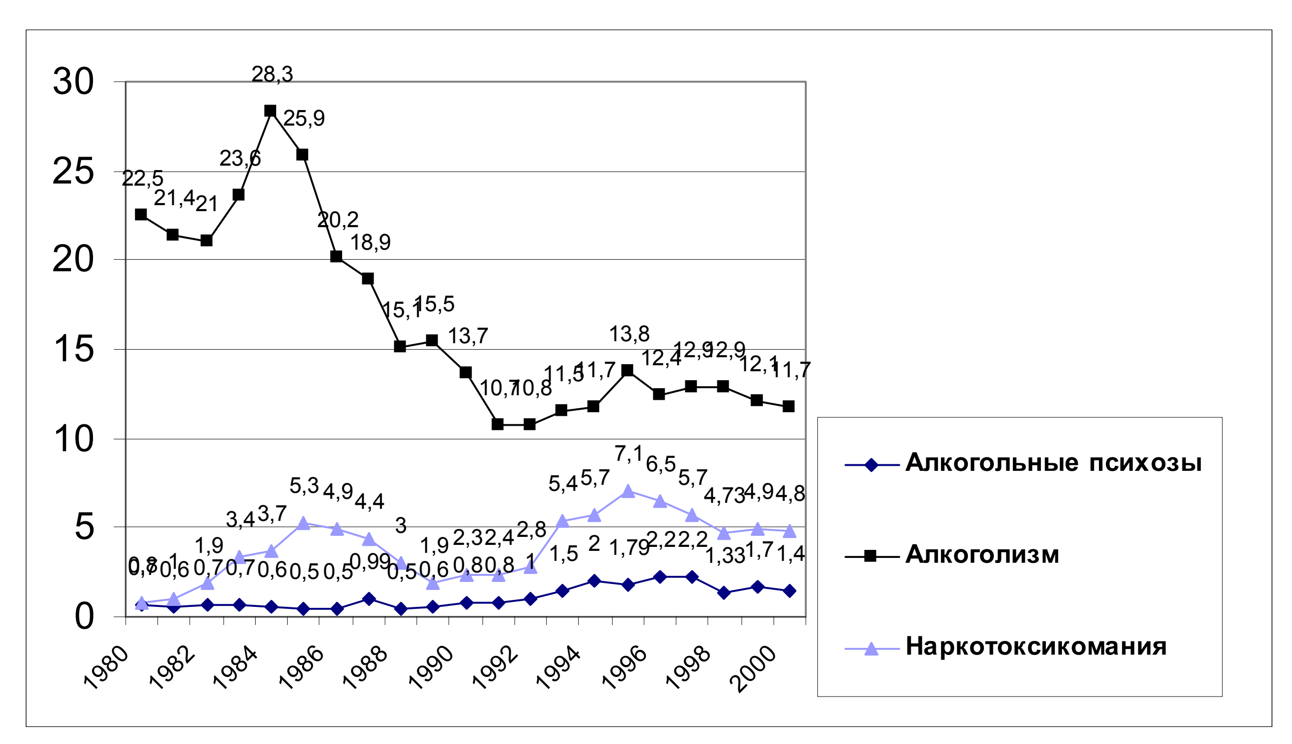
Выпивка в одиночестве не поощряется , в украинских культурных традициях пьют в компаниях, минимальное количество которых – 3 человека. Ритуализирована практика произнесения тостов перед выпивкой каждой рюмки, что стимулирует социальное взаимодействие. Временной промежуток между тостами, также имеет определенный стандарт, который призван соблюдать тамада. Эти культуральные традиции нашли свое отражение в поговорках, присказках, художественных произведениях и кинофильмах. Показательно, что в серии популярных ныне фильмов об особенностях национальной охоты, рыбалки и т.д. алкоголь является главным действующим лицом сериала, вокруг которого и разворачиваются все события фильмов.

Для исторического анализа динамики зависимого от психоактивных веществ поведения были взяты статистические данные,отражающие работу наркологической службы Днепропетровской области, которая является крупным промышленным регионом Украины, за период социокультуральных изменений притерпевшим существенные изменения.

Автор отдает себе отчет в том, что статистические данные - это лишь верхушка айсберга. Более достоверную информацию могли бы дать крупномасштабные эпидемиологические исследования, которые, к сожалению, не проводились в Украине. Но для исторического анализа важны не только цифры, а важна их динамика, связь с определенными историческими событиями, изменение структуры.

Анализ 20летней динамики (1980-2000гг.) первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ представлен на графике 5.1

График 5.1 Динамика первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами, вызванная употреблением психоактивных веществ, по Днепропетровской области (на 10 тыс. населения)



Этапы «борьбы» с алкоголизмом и наркоманиями на государственном уровне отмечены резким повышением первичной заболеваемости этими расстройствами. Данные за 1984-1987 годы отражают активную работу наркологов по выявлению и постановке на учет потребителей психоактивных веществ, связанную с антиалкогольной компанией в период «перестройки».

Изменилось соотношение официально зарегистрированной первичной заболеваемости наркотоксикоманиями и алкоголизмом :

в 1980 году оно составило 1:28 (на 10 тыс. населения 0,8 – наркотоксикомании и 22,5 – алкоголизм)

В 1984 г. – 1: 7,6

В 1985 г. – 1: 4,9

В 1991 г. – 1: 4,5

В 1992 г. – 1: 3,8

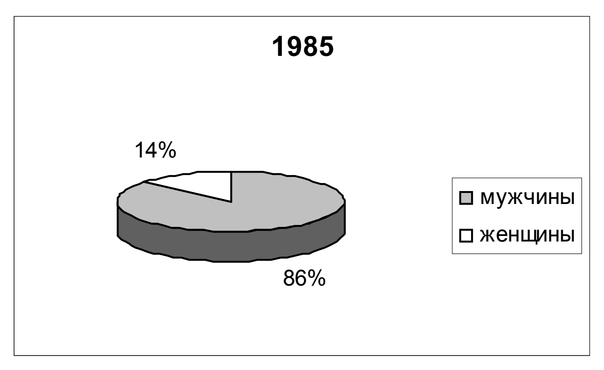
С 1994г. по 1998г. – 1: 2

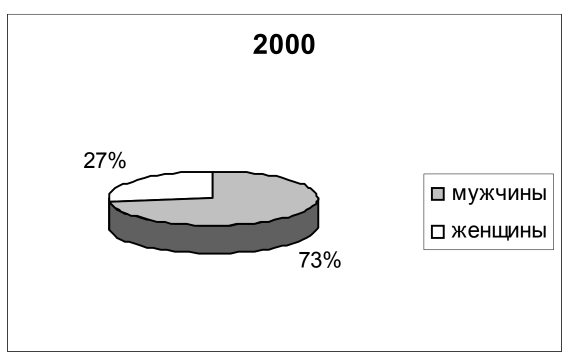
В1999г. – 1:2,5

В 2000г. – 1: 2,4

За 20 лет произошло выраженное изменение в структуре первичной заболеваемости наркогенной патологией. Если в 80 году на 28 случаев алкоголизма диагностировался 1 случай наркомании, то начиная с 1994 года на 2 случая алкоголизма диагностируется 1 случай наркомании. Причем, эта цифра остается достаточно стабильной уже на протяжении 7 лет.Даже если к случаям алкоголизма прибавить алкогольные психозы (гипотетически откорректировав работу службы), соотношение практически не изменится. А если принять во внимание, что в подавляющем большинстве случаев (в разные годы цифра колеблется от 81% до 91%) наркотоксикомании представлены зависимостью от

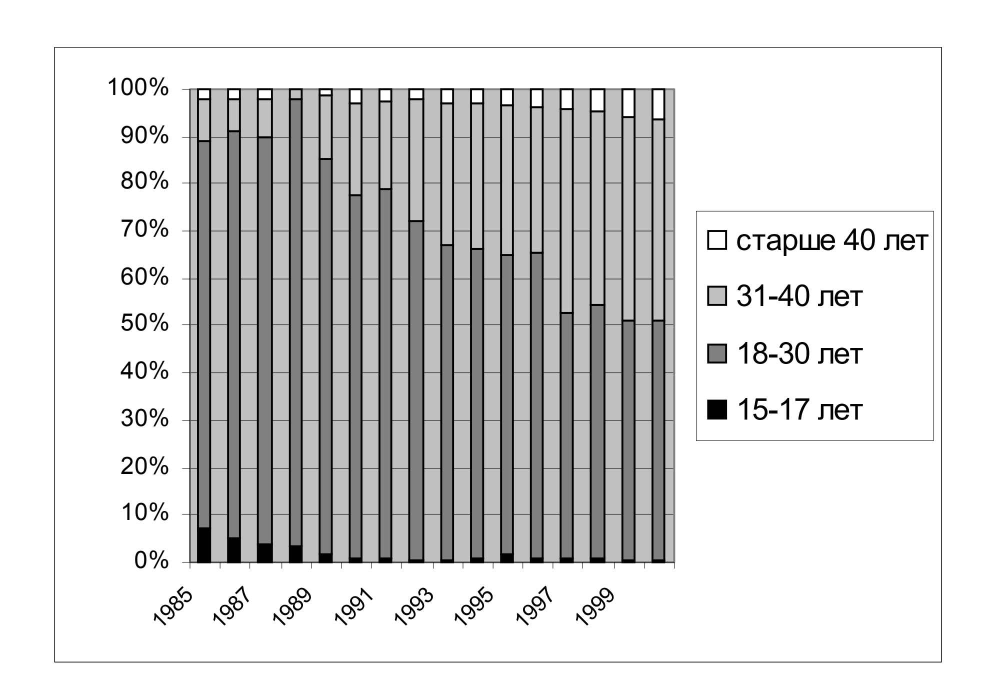
опиатов, то тенденция к вытеснению культурально специфического аддикта - алкоголя - новым для нашей культуры аддиктом – опием.
Сравнительно новым фактором, значение которого быстрыми темпами возрастает, является рост женской наркомании. На диаграммах представлена гендерная динамика наркоманий.





За 15 летний период количество женщин, официально состоящих на наркологическом учете, возросло в 2 раза. Однако следует отметить, что данные социологических исследований убедительно доказали, что именно среди женщин (в силу их психологии традиционно скрывать «приобщение к пороку») процент скрытой наркотизации гораздо выше, чем у мужчин. Исходя из этого, можно предположить, что истинный рост наркоманий среди женщин на порядок выше. Это предположение касается и женского алкоголизма. Кроме того, в последнее десятилетие особенно ярко проявились особенности женской наркомании: связь с проституцией и преступным миром, безразличное или агрессивное отношение к детям и быстрая деградация личности.
Рассмотрим подробнее социально-демографическую структуру потребителей психоактивных веществ (алкоголь исключен) среди лиц, состоящих на учете у нарколога. Анализ динамики возрастной структуры этих лиц, представленный на рис. 5.1 выявил изменения возрастной структуры потребителей наркотиков.

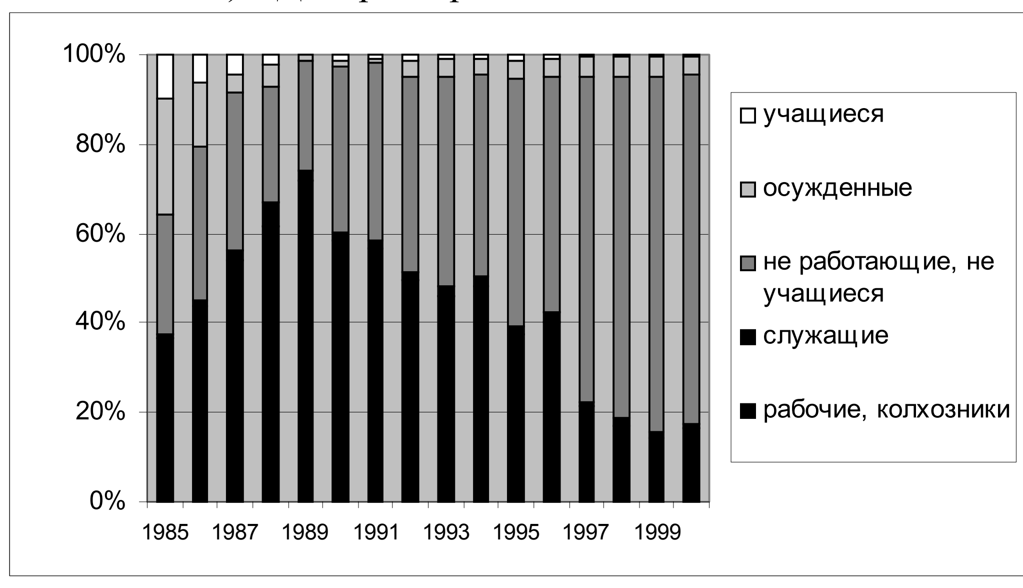
Рис.5.1 Динамика возрастной структуры лиц с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ (наркомании и токсикомании) в Днепропетровской области.



Если в 1985 – 1988 годах подавляющее большинство среди состоявших на учете пациентов были лица 18 – 30 лет (в 1988г. – 95%), то с 1989 года их удельный вес ежегодно снижался, а возрастал удельный вес лиц старше 31 года. В 2000 году среди учетных больных уже 50% составили пациенты старше 31 года, причем старше 40 лет – около 8%.

Анализ динамики социальной структуры лиц с зависимостью от неалкогольных психоактивных веществ (рис.5.2) выявил явные изменения в социальной структуре потребителей, произошедшие за 15 лет.

Рис. 5.2 Динамика социальной структуры лиц с психическими и поведенческими расстройствами вследствии употребления психоактивных веществ (наркомании и токсикомании) в Днепропетровской области

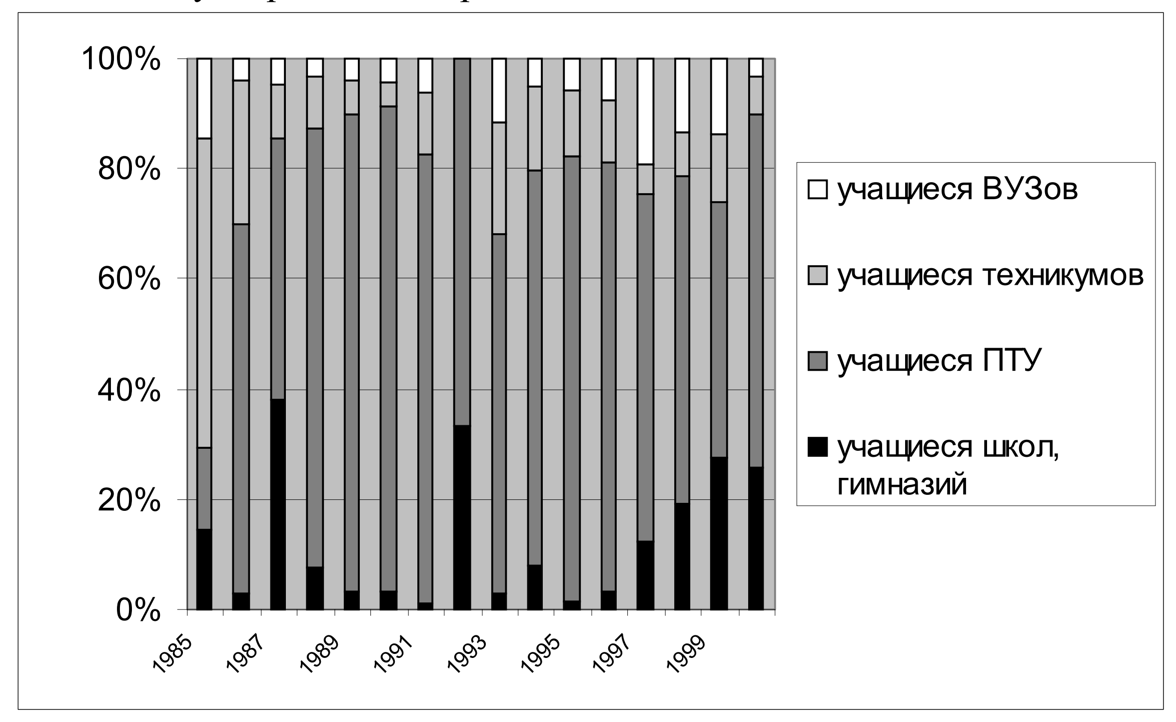


В период социальной стабильности среди потребителей преобладали учащиеся ПТУ, техникумов и молодые рабочие. Лица, нигде не работающие и не учащиеся, стабильно составляли 25 – 30 % . Причем, среди состоящих на учете у нарколога - 90 % составляли пациенты моложе 30 лет.Ведущим мотивом, побудившим впервые принять наркотик, в большинстве случаев являлось любопытство и желание испытать новые ощущения.

Период исторических изменений в обществе отмечен изменением структуры потребителей наркотиков: удельный вес безработных ежегодно возрастал и достиг к 2000 году 80 %. И если в середине 80-годов среди безработных преобладали молодые люди, не желающие работать (так называемые тунеядцы), то начиная, с начала 90-х годов эта группа пополнялась вынужденными безработными более старших возрастных групп. Все чаще наркологи стали констатировать случаи первичной заболеваемости наркоманией или токсикоманией у 40-летних, которые в 80-годы были единичными. Изменилась мотивация первичного потребления. На первый план выступили проблемы морально-нравственного порядка: обостренное чувство безысходности, разрушение нравственных идеалов, духовно-нравственный кризис, разочарование в жизни, одиночество, подавленность, утрата смысла жизни.

Несмотря на то, что по официальной статистике процент учащихся и студентов среди лиц, зависимых от неалкогольных психоактивных веществ, ежегодно уменьшается, динамика структуры этого контингента, отраженная на рис.5.3 крайне неблагоприятна.

Рис.5.3 Динамика структуры контингента учащихся и студентов Днепропетровской области, имеющих психические и поведенческие расстройства вследствие употребления наркотических веществ



В период массовых обязательных профилактических осмотров всех учащихся, которые проводились в Днепропетровской области в 1986-92 годах, особенно активно и тщательно, в структуре потребителей – учащихся преобладали учащиеся ПТУ. Автор сама принимала участие в таких осмотрах и в обучении врачей – наркологов тонкостям диагностики. Могу с уверенностью сказать, что наиболее достоверные статистические данные были получены именно в этот период сплошных осмотров. В дальнейшем осмотры, а тем более лечение и постановка на наркологический учет, проводились, как правило, с согласия учащегося или его родителей, и статистические данные более позднего периода отражают выборку учащихся, которые уже продемонстрировали в семье или учебном заведении симптомы выраженной зависимости, социальной дезадаптации и нуждались в лечении. И даже при таком подходе, давшем резкое статистическое снижение удельного веса учащихся в социальной структуре, поражает все возрастающее количество студентов ВУЗов, учеников школ и гимназий среди потребителей наркотиков.

Приведенные в таблице 5.6 данные позволяют судить о тенденциях, имеющих место в популяции украинских подростков.

Табл.5.6 Динамика заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ у подростков Украины за 1990-1999гг.(на 100 тыс.подросткового населения).

	1990	1995	1998	1999	+% 1999г. к 1999г.
Алкогольные психозы	0	0,1	0,27	0,2	5/0
Алкоголизм	7,2	3,7	4,1	2,4	-66,0
Наркомании	8,2	20,8	19,5	15,5	+88,6
Токсикомании	2,8	2,2	4,5	4,1	+48,4
Всего (диспансерная группа	18,3	39,3	28,4	22,2	+22,5
Всего (диспанс.+профилактич. Группы)	327,1	278,1	410,1	489,1	+50,8

Как видно из таблицы 5.6, за 10-летний период аддиктивные формы поведения, обусловленные употреблением психоактивных веществ возросли на 50.8%. Аналогичные изменения прослеживаются и в популяции российских подростков. Проведя сравнительный анализ распространенности и структуры пограничных психических расстройств у подростков России в различных условиях развития общества (в 1988г. и 1998годах), В.В.Чубаровский и соавт. (2000) также выявили значительное увеличение девиантных форм поведения за 10-летний период ,

среди которых особенно возросли его аддиктивные формы (употребление каннабиоидов, психостимуляторов и опиатов).

В заключение следует сказать, что приведенные данные катастрофического роста многообразных аддиктивных форм поведения в последние 15 лет позволяют сделать некоторые выводы:

1.В периоды системных кризисных явлений в стране резко возрастает количество лиц, прибегающих к аддиктивным формам поведения. То есть, возросло количество лиц, которые избрали пассивную стратегию поведения, направленную на уход от действительности путем изменения своего состояния химическим или нехимическим путем.

2. Отмечается эволюция способов химической коррекции: традиционный для украинской культуры аддикт – алкоголь – постепенно вытесняется иными психоактивными веществами: опиатами, каннабиоидами, психостимуляторами, органическими растворителями.

3. Выявлена поколенческая специфика: предпочтительным аддиктом для поколения молодых является компьютер и неалкогольные психоактивные вещества (чаще опиаты и психостимуляторы); для среднего и старшего поколения – традиционный для нашей культуры алкоголь.

4. Изменилась возрастная структура потребителей наркотиков и мотивация первичного потребления. Возрос удельный вес лиц старше 31 года. В 2000 году среди учетных больных 50% составили пациенты старше 31 года, причем старше 40 лет – около 8%.

5. Отмечена гендерная эволюция наркоманий: прогрессивно возрастает женская наркомания, которая к 2000го составляет треть всех учтенных больных.

Приведенные данные позволяют проследить историческую динамику распространения психических и поведенческих расстройств и могут быть использованы для разработки новых стратегий и моделей управления в сфере охраны психического здоровья.

6. Популяция подростков является наиболее чувствительной к историческим изменениям, происходящим в обществе, и часто реагирует на них увеличением девиантных форм поведения.

Д***евиантное поведение - это*** поведение, противоречащее культуральным, религиозным, правовым, нравственным и этическим нормам общества и проявляющееся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности и нарушения процессов самоактуализации. Для подростков характерны девиации в виде делинквентного и аддиктивного поведения.

5.4.6.2. Делинквентное поведение и его профилактика

Под делинквентным (от лат.delinquens - совершающий проступок, правонарушитель) поведением понимают цепь проступков, провинностей, мелких нарушений, не наказуемых согласно уголовному кодексу.

Большинство авторов считают, что неблагополучные социальные факторы оказывают “пусковое” воздействие на реализацию делинквентного поведения и во многом определяют его распространенность и структуру. В результате изучения динамики структуры и распространенности акцентуаций характера у подростков России за 10-летний период (1988год и 1998год) было выявлено их увеличение. Причем, преимущественно возросло количество подростков с акцентуациями неустойчивого, истероидного и эпилептоидного типов (В.В.Чубаровский и соавт, 2000).

Нами была изучена динамика распространенности и структуры делинквентного поведения у подростков Днепропетровской области за период исторических преобразований в Украине (Л.Н.Юрьева, Л.Б.Чудакова и соавт., 1999)

Материалом исследования послужили все архивные истории болезни подростков в возрасте от 10 до 15 лет, находившихся на обследовании в детском психиатрическом отделении психоневрологической больницы г. Днепропетровска в 1990 году (80 человек) и в 1998 году (80 человек).

Все обследуемые являлись учениками массовых школ и имели в поведении различные девиации. Динамика расстройств поведения за 9 лет представлена в таблице 5.7.

При анализе фактора “алкоголизация” обращает на себя внимание не только увеличение частоты зависимых от алкоголя форм поведения, но и их качественное изменение. Так, если в 1990 году доминировало эпизодическое употребление алкоголя, то в 1998 году отмечалось преобладание зависимого от алкоголя поведения. Имели место случаи отравления спиртными напитками и их суррогатами, делирии, интеллектуально-мнестические нарушения алкогольного генеза.

Табл. 5.7 Динамика характера девиаций у детей и подростков

№№ п/п	Девиации	1990 год	1998 год
1	Алкоголизация	2,38	11,25
2	Табакокурение	19,04	36,25
3	Воровство	33,33	36,25
4	Бродяжничество	64,28	53,75
5	Суицидальные попытки	0,5	2,02

Анализируя динамику показателя “табакокурение”, следует отметить не только возросшую почти в два раза зависимость от табака, но и снижение возрастного уровня начала табакокурения.

В целом не отмечается статистически достоверного увеличения девиаций в виде воровства, однако следует отметить, что изменилась качественная структура этого

феномена. Так, в 1990 году ведущим мотивом воровства детей являлось желание путешествовать по стране. В этот период и бродяжничество отмечалось чаще. Оно, как правило, носило индивидуальный характер и отличалось романтической направленностью. В настоящее время произошла смена доминирующей мотивации. Деньги тратятся на азартные игры, приобретение престижных в подростковой субкультуре вещей. Бродяжничество носит групповой характер. В каждом районе города созданы так называемые “кланы” бродяг, где превалируют криминальные интересы.

Если в 1990 году дети с нарушениями поведения в 35,71% случаев состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних, то в настоящее время этот показатель составляет только 13,75%, что является косвенным признаком снижения общественного влияния на детей и подростков с делинквентным поведением.

Изучая динамику расстройств поведения у детей и подростков **за** последние 9 лет, нельзя не коснуться проблемы возросшей суицидальности у данной категории лиц. За этот период количество детей с суицидальными попытками возросло в 4 раза. Следует отметить, что в 1990г. в стационар поступали все дети из реанимационного отделения после незавершенного суицида. В 1998 г. на стационарное обследование к психиатру направлялись только дети, совершившие повторную суицидальную попытку. Исходя из этого, можно предположить, что таких детей значительно больше.

Следует отметить, что как в 1990 году, так и в 1998 году среди суицидентов превалировали девочки — дети из дисфункциональных семей (алкоголизм и наркомания родителей), где преобладало неправильное воспитание по типу гипер- или гипоопеки.

Анализ причин суицидальных действий позволил выявить изменения мотивации у детей. В 1990 году основными причинами суицидальных действий были: конфликт с подругами в школе и запреты родителей (например,“постричь волосы”, “долго гулять” и общаться вечерами с подростками).

В 1998 году появились другие причины, не связанные с межличностными взаимоотношениями в школе и семье. Это такие, **как** “уход кумира” (например, гибель певца из группы “Иванушки интернейшнл”). Отмечается явная тенденция к групповой аутоагрессии, которая очень часто потенцируется сведениями, почерпнутыми из средств массовой информации. Следует отметить также, что в более раннем возрасте (13—14 лет) появляются причины, обусловленные сексуальными взаимоотношениями, чего не отмечалось в 1990 году. Учащаются суицидальные попытки у детей с психическими расстройствами, обусловленные конфликтами в семье. Обращает на себя внимание редкость демонстративных суицидов.

Выявленные в результате проведенных исследований тенденции к изменениям в структуре и характере поведенческих расстройств у детей и подростков говорят о необходимости создания программ первичной профилактики этих состояний.

Мероприятия целесообразно проводить в трех направлениях — в школе, семье и средствах массовой информации.
Необходимо проводить психолого-психиатрическую диагностику в дошкольно-школьных учреждениях в периоды профилактических осмотров детей различными врачами-специалистами, то есть ввести в штат бригады детского психиатра и психолога. В средних школах должны постоянно работать психологи — изучать микроклимат в детско-подростковых группах и предупреждать межличностные конфликты, проводить психокоррекционную работу как среди школьников, так и их родителей. Педагогам следует шире проводить работу с родителями детей 12-15 лет - самого “суицидоопасного” возраста Нужно организовать телефон доверия для детей и подростков с опытными детскими психологами.
Вторичную профилактику необходимо проводить в психиатрических детских стационарах, где создан комплекс лечебно-педагогических и психолого-психотерапевтических мер, направленных на восстановление и развитие эмоционально-волевой сферы у детей.

5.4.7. Наркогенная культура – миф или реальность?

В литературе неоднократно обсуждался вопрос влияния социальных факторов на заболеваемость наркогенной патологией. Гораздо меньше исследований посвящено другому аспекту этой проблемы: влиянию потребителей психоактивных веществ на социум и культурную атмосферу общества. Это очень важный вопрос, ибо когда количество таких потребителей в популяции достигает определенного порога (эффект «критической массы»), происходят необратимые изменения в культуре популяции. То есть, характерные для субкультуры алкоголиков или наркоманов слэнг, юмор, обычаи, традиции, песенное и литературное творчество и т.п. переносятся в культуру популяции. Популярными становятся песни с криминально-алкогольной тематикой; особенностями национальной охоты, рыбалки, любви и т.п. становится его прямая зависимость от состояния опьянения; бестселлером у молодежи становится «Генерация «П» Виктора Пелевина.
Новое видение мира отражается не только на бытовом уровне, оно находит свое выражение в новых направлениях философии, литературы и искусства. Некоторые направления культуры XX века во многом были порождены использованием наркогенных веществ и препаратов. Так, импрессионизм, а позднее сюрреализм в живописи и поэзии неразрывно связан с абсентом-сложной алкогольной настойкой с галлюциногенными свойствами. Поп и рок -культура - с марихуаной и опиатами. Новое религиозное учение Карлоса Кастанеды - с грибами и кактусами-галлюциногенами, применяемыми его учителем мексиканским индейцем Хуаном Матусом.
Показателен пример возникновения психоделической культуры в современном постиндустриальном обществе. В 1943г. швейцарский химик Альберт Хоффман

случайно синтезирует в чистом виде один из алкалоидов спорыньи. В лабораторной книге он был назван ЛСД-25, а в Книге рекордов Гиннесса сейчас обозначен как самый сильный наркотик. Это наркотическое средство является галлюциногеном и уникальным фармакологическим инструментом манипуляции сознанием. В «Психологическом словаре» под ред. Петровского (1990) психоделики характеризуются, как «вещества, способные изменить личность, глубоко перестроить иерархию ее мотивов и ценностей». Психоделики индуцируют изменение состояния сознания с яркими красочными переживаниями, с передвижениями в пространстве и времени, с трансперсональными переживаниями идентификации с людьми других **эпох,** животными, глобальные «космические переживания».

На Западе в конце 60-х - начало 70-х годов, а у нас вначале 90-х годов призошла психоделическая революция. Ее идеологами стала группа Гарвардских психологов во главе с Т.Лири и писателем О.Хаксли. Психоделики стали основой новой философии и религии. Появилась психоделическая музыка, живопись, театр, мода. Появился психоделический стиль и образ жизни, который напоминал таковой у лиц, занимающихся эзотерическими религиозными практиками.

Все вышесказанное имело большое влияние на психиатрию. Уже в 1954г. в США и Канаде возникла психолитическая психотерапия, основанная на дозированном введении психоделиков (ЛСД, мескалин), на фоне действия которых проводятся психоаналитические сеансы с последующей интерпретацией пережитого. С.Рокье предложил этот же метод для групповой терапии, где 10-20 пациентов в течение 18-22часов применения психоделических препаратов, слайдов, специальной музыки проводят психотерапевтических марафон.

В конце века роль наркотиков успешно приняли на себя новые компьютерные технологии, позволяющие манипулировать сознанием. Виртуальная реальность позволяет убивать и заниматься сексом, не отходя от компьютера. Могу привести еще много примеров формирования той или иной культуры, основанной на применении психоактивных веществ. XX век очень показателен в этом отношении. Ведь до 60-годов наркомания не была широко распространена и была проблемой лишь для крайне ограниченного числа пациентов, даже на Западе. И лишь под влиянием джазовых музыкантов (не скрывающих употребление марихуаны), сверхпопулярной пластинки ансамбля «Битлз» «Волшебные путешествия» (созданной под влиянием галлюциногенов) наркомания стала распространяться по всему миру с невиданной быстротой. Популярные музыканты и исполнители становились «идолами молодежи», которым подражали тысячи юношей и девушек. В свою очередь увлечение наркотиками потенцировало возникновению многогочисленных неокультов, религиозных сект, восточного мистицизма. По данным социологов, с 1965 года в США появилось более 1300 новых псевдорелигиозных групп. Количество желающих изменить реальность с помощью наркотиков и религии росло параллельно (Б.С.Братусь, 1988).

В заключение хочу привести слова известного английского писателя Олдоса Хаксли, который стоял у истоков создания психоделической культуры. Заболев смертельным недугом, он прибег к наркотикам и пришел к выводу, что только они способны вызывать мистические состояния и обретение смысла жизни. О.Хаксли был ярым пропагандистом наркотиков. Однако в конце жизни он назвал свое пристрастие грандиозным заблуждением. Он писал: «Мы не должны пытаться жить вне мира, данного нам, мы должны как - то научиться трансформировать и переделывать его. Мы должны отыскать способ нахождения реальности без волшебной палочки и магических заклинаний. Надо искать способ бытия в этом мире, а не стремиться стать самим бытием» (R.C.Zenner, 1972).

Глава 6. Историческая динамика суицидального поведения.

«Насколько отношение между самоубийством и законами физического и биологического порядка сомнительны и двусмысленны, настолько непосредственны и постоянны соотношения между самоубийством и известными состояниями социальной среды»

(Э. Дюркгейм)

Минул XX век. Он вошел в историю как век социальных революций и технического прогресса, век атома и космоса, век мировых войн и массовой культуры. Но с точки зрения психиатра, мне думается самым важным итогом XX века является то, что огромное и постоянно увеличивающееся количество людей во всех странах мира не хотят больше жить и добровольно уходят из жизни. Приведу лишь один пример. В начале XX века в России самоубийства совершало

3 человека на 100 тысяч населения, в конце – 39,3 (Россия, 1996г.) Каждую минуту в мире кто-то предпринимает суицидальную попытку, и в 60-70 случаях она завершается смертью. С этой точки зрения XX век можно назвать веком самоубийств. (А.Г.Амбрумова, Л.И.Постовалова, 1991).

Не подлежит сомнению многофакторность и многогранность причин суицидального поведения. Одни исследователи отводили большую роль в генезе суицидального поведения психическим и поведенческим расстройствам (Эскироль), другие ученые видели истоки самоубийства во взаимодействии между основными инстинктами- эросом и танатосом - и конверсией гетероагрессии и Эроса в аутоагрессию (З.Фрейд). Отечественные суицидологи считают, что в основе самоубийств лежит социально-психологическая дезадаптация личности в условиях переживаемого ею конфликта (А.Г.Амбрумова, 1978,1988). Подробно эти аспекты отражены в моей монографии «Кризисные состояния», где акцент сделан на суицидальном поведении лиц с психическими и поведенческими расстройствами и на проблемах танатологии (Л.Н.Юрьева Л.Н., 1998).

Данная глава посвящена проблеме исторической и социокультуральной динамики осознанного суицидального поведения.

Рассмотрение суицидального поведения в историческом и онтогенетических аспектах позволяет выйти за узкие рамки психологических и психопатологических трактовок этого феномена и выявить ряд факторов, знание которых необходимо для профилактики суицидов среди лиц, не страдающих психическими расстройствами. Эта проблема приобретает чрезвычайную актуальнось в периоды социокультуральных изменений, когда среди суицидентов изменяется соотношение душевно здоровых и больных. При анализе динамики и структуры суицидального поведения в постсоветских странах выявлен постоянный рост числа суицидальных попыток в рамках непатологических ситуационных реакций. Так, по данным А.Г.Амбрумовой и Г.В.Старшенбаума (1995) около 75% суицидентов - это лица без психотических расстройств, переживающие кризисные ситуации. Среди них преобладают люди, потерявшие социальный и экономический статус в результате исторических перемен в стране (беженцы, безработные, одинокие).

В связи с этим, особую актуальность приобретает изучение генеза ***осознанной суицидальности.*** Перечисленные выше подходы , направленные на поиски причин суицидального поведения, направлены прежде всего на изучение индивидуального поведения личности и пригодны для разработки индивидуальных коррекционных и профилактических программ. При изучении генеза осознанной суицидальности необходимо рассмотрение этого феномена совершенно в другом масштабе- в масштабе истории и общества. ***Осознанный суицидальный акт*** – это сиюэпохальный процесс, который несет в себе биологическое и личностное начало, опыт жизни предшествующих поколений и коллективное бессознательное. Он является отражением исторической эпохи и ментальности общества (форма религиозности, отношение к миру земному и

миру трансцендентному, восприятие смерти и болезни, отношение к богатству и бедности, отношение к старости, понятие героизма, бесчестия и т.д.).

6.1. Роль социокультуральных факторов (теории).

Социологическая теория Э.Дюркгейма

С точки зрения социологии самоубийство относится к области социальной патологии и рассматривается как одна из моделей девиантного поведения.

На взаимосвязь процессов, происходящих в социальной среде, и суицидальную активность обратил внимание еще Э.Дюркгейм в своем, ставшем классическим, социологическом этюде «Самоубийство». Несмотря на то,что этот труд был издан еще в 1897 г., он в течение столетия остается актуальным и наиболее цитируемым. На XI Всемирном конгрессе психиатров в Гамбурге, где был подведен психиатрический итог XX века, Эмиль Дюркгейм (вместе с Э.Крепелиным и З.Фрейдом) был признан ученым, труды которого определили развитие психиатрии XX века.

Эмиль Дюркгейм (1858-1917), как социолог, дистанцировался от психологических и психопатологических объяснений суицидов, которые в то время считались их основной причиной, и изучал связь частоты самоубийств с различными социальными характеристиками, которые можно обработать статистически (пол, возраст, социальный класс, вероисповедание, семейное положение и т.п.). Собранные статистические данные он положил в основу своей теории общественной солидарности. Согласно этой теории, высокая частота самоубийств в обществе является показателем ослабленного чувства солидарности.

Исходя из статистических данных по самоубийствам, Э.Дюркгейм называл основной причиной ослабления социальной солидарности аномию (греч. a-nomi – отсутствие закона, нормы), то есть безнормие. В состоянии аномии ослаблены связи, объединяющие людей, в результате чего люди становятся менее устойчивы к жизненным изменениям и проблемам, что ведет к увеличению частоты самоубийств. «Каждое общество, считал Э.Дюркгейм, в известный исторический момент имеет определенную склонность к самоубийству».

Дюркгейм статистически обосновал, что аномия меньше (а следовательно, и меньше самоубийств) среди женатых, чем среди неженатых; среди женатых пар с детьми, чем среди бездетных пар; среди католиков, чем среди протестантов; среди людей из малых общин, чем среди людей из больших городов и т.д. Он считал, что укрепляющими общество факторами являются брак, семья и религия (Г. Скрибекк, Н.Гилье, 2000).

Э. Дюркгейм выделил три социальных типа самоубийств:

- **<u>Эгоистическое самоубийство</u>**

  Суицидальное поведение в этом случае объясняется тем, что ослабевают или разрываются узы, соединяющие человека с обществом, семьей, друзьями, результатом чего становится крайний индивидуализм. В силу того, что человеческая деятельность по своей природе коллективна и

ментальные процессы социально детерминированы, такой разрыв социальных связей драматичен для личности. Человек лишается жизненной цели и настоящей точки приложения для своей энергии. Жизнь теряет смысл. Этот вид самоубийств наиболее распространен среди творческих людей, для которых характерен обостренный индивидуализм.

- **Альтруистическое самоубийство**

Суицидальное поведение в этом случае наоборот объясняется недостаточно развитой индивидуальностью. Авторитет общества или группы людей является столь непререкаемым, что человек теряет свою идентичность и безоговорочно подчиняется общественному мнению. Дюркгейм считает альтруистический суицид приметой «обществ низшего порядка». К этой категории он относит ритуал самоубийства стариков в примитивных обществах, массовые самоубийства в тоталитарных религиозных сектах, самосожжение жен после смерти мужей (сати).

- **Аномическое самоубийство**

В этом случае причиной суицидального поведения является потеря годами декларируемых идеалов, духовных ценностей, состояние безнормия и безверия , массовое изменение установившейся социальной иерархии, экзистенциальный вакуум. Такие самоубийства часты в период революционных преобразований общества.

Э.Дюркгейм установил следующую взаимосвязь частоты самоубийств и социальных факторов:

- Число самоубийств изменяется обратно пропорционально степени интеграции религиозного общества
- Число самоубийств изменяется обратно пропорционально степени интеграции семейного общества
- Число самоубийств изменяется обратно пропорционально степени интеграции политического общества

Э. Дюркгейм считал самоубийство одной из форм девиантного поведения и относил его к разряду социальной патологии (наряду с наркоманией, алкоголизмом, преступностью и проституцией). Этой точки зрения придерживаются и современные социологи.

Психокультуральная теория М. Фарбера.

При изучении феномена осознанной суицидальности невозможно обойтись без рассмотрения личностных детерминант суицидального поведения. Этот тезис достаточно убедительно отражен в многочисленных работах психодинамически ориентированных исследователей. Интегрировав эти две составляющие (общество и личность), Морис Фарбер выявил определенные исторические закономерности суицидальной активности.

Психокультуральная теория самоубийств Мориса Фарбера основана на проведенном в 60-е годы в скандинавских странах статистическом исследовании уровня самоубийств. М. Фарбер вывел ***закон***, согласно которому ***частота***

самоубийств в популяции прямо пропорциональна количеству индивидов, отличающихся повышенной ранимостью, и масштабу лишений, характерных для этой популяции. Эта закономерность выражается следующей формулой:

$$S=f\,(V,D)$$

S – вероятность самоубийства

f* - *функция

V – повышенная ранимость (vulnerability);

D – масштаб общественных лишений (deprivation)

Из приведенной формулы видно, что максимальная вероятность совершения суицида в популяции – это период социальных потрясений, в который уровень невротизации (а значит и ранимости) населения резко возрастает.

Часты случаи осознанного суицида и тогда, когда человек с достаточно устойчивой психикой внезапно оказывается в чрезвычайно тяжелой общественной ситуации (D). Описывая такую ситуацию, М.Фарбер приводит пример, когда в восточном секторе разделенного стеной за одну ночь Берлина (13 августа 1961г.) количество суицидов возросло в 25 раз.

В этом законе синтезированы и воззрения Э.Дюркгейма, жестко связывающие количество суицидов с социально – демографическими характеристиками (D) и представления психоаналитиков, искавших истоки суицида в личностных особенностях индивида (V).

Карен Хорни также рассматривала суицид, как результат взаимоотношения социокультуральных факторов и личностных характкристик человека. Основные положения ее теории отражены в главе 5. Основой суицида К.Хорни считала «базисную тревогу», которая формируется с детства и возникает в результате несоответствия представлений человека о самом себе и «идеализированным образом» или стандартом, созданным обществом. Если чувство несоответствия социокультуральным стандартам велико, человек совершает «суицид исполнения».

Альфред Адлер, беря за основу выдвинутый им тезис о комплексе неполноценности, присущем всем людям, также расценивает суицид, как результат взаимодействия социума и личности, постоянно ощущающей свою неполноценность и имеющую низкую самооценку. Он рассматривает суицид, как скрытую атаку на других людей. С его точки зрения, человек, совершая суицид,с одной стороны, стремится вызвать сочувствие к себе у окружающих, а с другой – вызвать чувство вины у тех, кто виновен в его сниженной самооценке.

6.2. Роль религиозного мировоззрения

Религиозная принадлежность чрезвычайно важна в принятии суицидального решения. Условно можно подразделить конфессии на антисуицидальные, где моральные и психологические запреты на пути к самоубийству чрезвычайно

жестки, и конфессии, не считающие самоубийство абсолютным злом. В связи с тем, что религия является неотъемлемой частью культуры, она косвенно влияет и на поступки человека нерелигиозного.

К «антисуицидальным» конфессиям относится христианство, ислам и иудаизм. В Новом Завете описан всего один случай самоубийства, который вошел в историю и дал впоследствии название самому явлению – «иудин грех». Фома Аквинский (XIII век) в «Сумме теологий» объявляет самоубийство трижды смертным грехом: против Господа, дарующего жизнь; против общественного закона; против человеческого естества – инстинкта самосохранения, заложенного в каждом живом существе.

К конфессиям, не считающим суицид абсолютным злом, относятся восточные религии (индуизм и буддизм). В этих религиях самоубийство не имеет стигмы греховности и не считается преступлением против Бога.

Но даже в конфессиях, где имеется табу против суицида, статистика крайне не однородна. При анализе уровня суицидов в странах, где превалирует западное христианство, было выявлено, что в протестантских странах уровень суицидов втрое выше, чем в католических. Этот факт объясняется тем, что в религиозном мировоззрении протестантов выражен индивидуализм, больше свобода выбора, ответственность за неудачи не перекладывается с личности на Бога или судьбу. Самое сильное табу против суицида имеют католики. В этой религии суицид считается смертным грехом, наказуемым после смерти.

Однако это только тенденция, которая не является строгой закономерностью, ибо однозначно судить о влиянии только религиозной идеологии на частоту суицидов в популяции в отрыве от исторического и многообразного социокультурного контекста, а так же индивидуальных личностных характеристик, бессмысленно. Подтверждением этого тезиса является все та же статистика. Так, среди католиков и протестантов в Ирландии уровень самоубийств одинаково низок, а в католической Австрии в этом веке наиболее высок .

6.3. Историогенез осознанного суицидального поведения (гипотеза).

Самоубийство является поведенческим актом, который в каждую историческую эпоху имеет свою специфическую семантику сознания, которая определяется эволюцией ментальности в самом широком смысле этого слова и взаимосвязью таких фундаментальных категорий как «Я», «Мое» и «Смерть» . Р. Мейли (1982) считает, что «Мое» является важнейшей составляющей «Я», но не тождественно ему. Основываясь на работах Джемса (1890г.) он строго отграничивает понятия «Я» и «Мое», поскольку «Мое» значительно шире и включает в себя экзистенциальные (мысли, воспоминания, смысл жизни), морально-этические (честь, стыд, доблесть..) и социальные категории (работа, место и роль в социуме и т.п.). «Мое» Р. Мейли сравнивает с территорией, которую человек защищает, «так как при утрате «Мое» мы реально чувствуем себя лишенными чего-то».

Р.Мейли считает, что «Мое» является источником побуждений «Я», а также, что в основе субъективной иерархии ценностей лежит структура «Мое».

Основываясь на этой концепции, можно предположить, что осознанный суицид - это форма адаптивного поведения, к которой прибегает человек в кризисной ситуации. Среди разнообразных мотивов и причин самоубийства (призыв о помощи, протест, самонаказание, одиночество и т.д.) сохранение «Мое» и личностного «Я» за счет умерщвления телесного «Я» характерно для высшего, личностного уровня развития человека.

В историческом и онтогенетическом аспектах человек в своем развитии проходит три уровня: (И.С.Кон, 1980, 1984).

- Особь. Ей соответствует психо-физиологическая модальность «самости» с доминирующим архаическим сознанием и отсутствием самосознания и самоидентификации
- Индивид. Ему соответствует социальная модальность самости
- Личность. Ей соответствует эго-модальность. Есть самосознание и самоидентификация.

На основе вышеизложенных точек зрения, в историческом аспекте возможно выделение трех уровней суицидальности.

1. **Суицид – как неосознанный поведенческий акт**

Этот тип суицидальности соответствует уровню особи и характерен для примитивных культур с доминирующим архаическим (мистическим) типом сознания и некоторых культур Востока. Французский философ и психолог Люсьен Леви-Брюль, изучая первобытное мышление, пришел к выводу о существенном его отличии от сознания цивилизованного человека. По содержанию оно мистическое или магическое (в нем нет различия между естественным и сверхъестественным), по логике – пралогическое (не чувствительно к противоречиям, непроницаемо для опыта, основано на чутье, интуиции, слепом навыке, коллективных представлениях) и напоминает «детскую философию»(Л.Леви-Брюль, 1994).Люди этих культур идентифицируют свое «Я» как множественное, могущее неоднократно перевоплощаться, сливаться с Космосом, встречаться с предками. Бытие представляется им циклическим круговоротом и бесконечным переходом от жизни к смерти. Смерть воспринимается как другая разновидность жизни.

Поскольку жизнь не имела конца, отсутствовала трагедия индивидуальной смерти. В этих обществах была тотальная ритуализация жизни и смерти, ценность индивидуальной жизни, «Я» и «Мое» были сведены к нулю. К.Г.Юнг считал, что для этих культур в эпоху верхнего палеолита были характерны магия, тотемизм и другие первобытные верования, которые породили основные силы коллективного бессознательного, то есть архетипы, отзвуки которых мы наблюдаем и в современном мире (К.Г.Юнг, 1991).

Исходя из этого, можно предположить, что на этом этапе еще не сформировались предпосылки для осознанного суицидального поведения, то есть осознанного

желания лишить себя жизни. Для этого периода характерны ритуальные самоубийства и жертвоприношения. Наиболее известными и практиковавшимися еще в XIX -начале XX века являются ритуальные самосожжения индийских вдов после смерти мужа – сати.

2. Суицид как санкционированный обществом поведенческий акт.

Индивидуальное самоубийство как феномен возникло сравнительно недавно – около двух с половиной тысяч лет назад. В основе возникновения этого типа суицидальности лежит эволюционный процесс формирования важнейшей психической функции – самосознания, особенно того компонента, который можно назвать социальным самосознанием. Этот тип самоубийства соответствует уровню индивида с его социальной модальностью «самости». Процесс выделения индивида из окружающего его космоса (в его античном понимании) начался примерно в VII-VI веке до н.э.. Древняя Греция стала отправной точкой в развитии европейской культуры. Древние греки видели в человеке прекрасное и совершенное творение природы, меру всех вещей. В античном мире повышается уровень личностного самосознания, появляется диалогическое мышление, которое было отражено в философии Сократа. Уже в VI-Vвека до н.э Гераклит пишет: «Всем людям свойственно ***познавать себя*** и мыслить», «Я исследовал ***самого себя***». В этот период формируются новые этические и эстетические подходы к оценке поведения индивида в обществе. Все большее значение приобретает категория «Мое». Классическими темами античной культуры были - слава, справедливость, честь, стыд, добродетель. Именно с этого времени мы все чаще и чаще встречаем описания ярких примеров индивидуальных самоубийств. В античном мире уже формируются реальные предпосылки для поведенческого акта самоубийства «Я». Но в этот период индивидуальная личность ценится еще очень низко, и общество очень часто в определенных ситуациях требует от своего члена самопожертвования. Можно выделить несколько вариантов самоубийства этого уровня:

- Социоцентрическое самоубийство. В этих случаях индивидуальный суицид санкционировался обществом и выступал как наказание. Хрестоматийным примером, описанным Платоном, является самоубийство-самонаказание Сократа (V - IVвек до н.э.), которого судили по доносу одного из сограждан за то, «что он не признает богов, которых признает город, и вводит других, новых богов» и приговорили к смерти. В Афинах приговоренный к смерти в назначенное время выпивал чашу растертой ядовитой цикуты. Так поступил и Сократ. Но в самосознании еще отсутствовала трагедия индивидуальной смерти, так как была сильна вера в другую, загробную жизнь. Когда Сократу принесли чашу с цикутой, он совершил возлияние богам за удачное переселение души в иной мир и спокойно выпил яд. Его последними словами были: «Критон, мы должны Асклепию петуха. Так отдайте же, не забудьте» (Сократ считал, что смерть для его души – выздоровление и освобождение от земных невзгод. А по преданию, выздоравливающий приносит Асклепию, богу врачевания, петуха).

- Теоцентрическое самоубийство. Мотивацией суицида такого рода было желание соединиться с Богом, освободиться от земных тягот и попасть в лучший мир. Это своего рода суицид-избавление.
- Антропоцентрическое самоубийство. Убийство своего тела для освобождения души. Антуан де Сент Экзюпери описывает именно этот вариант самоубийства у Маленького принца. Для того, чтобы душа могла освободиться и попасть на его звезду, Маленький принц попросил ядовитую змею ужалить себя .

Психологическая сущность санкционированного обществом суицида была совершенно иной, чем для современного человека, так как в самом уходе из жизни отсутствовало представление конечности бытия, представление о смерти не только телесного, но и личностного «Я».

3. Суицид как осознанный поведенческий акт.

Личностно ориентированный суицид – это прежде всего осознанное лишение себя жизни в кризисной для личности ситуации, когда возникает угроза не только для «Я», но и для «Мое». По мнению А.Г.Амбрумовой (1988), человек воспринимает ситуацию, как кризисную, когда возникает потенциальная или реальная угроза его фундаментальным потребностям. Причем, это могут быть как реальные события (смерть значимого близкого, фатальное заболевание, потеря работы, семьи или социального статуса и т.д), так и экзистенциальные (потеря смысла жизни, аномия, утрата чести, стыд и т.д.). Характерно, что для сохранения личностного «Я» и «Мое» человек убивает свое телесное «Я», осознавая конечность бытия.

6.4. Динамика самоубийств в странах бывшего СССР и в Украине.

Суицидальная статистика СССР стала открытой только к середине 80-х годов. К началу перестройки СССР был суицидальной сверхдержавой, достигнув в 1984 году показателя 30 завершенных суицидов на 100 тыс. населения, уступая фактически только Венгрии, где регистрировалось в то время более 44 самоубийств на 100 тыс. населения. Эти цифры значительно превышали среднеевропейский и среднемировой уровень.По данным ВОЗ, уровень самоубийств более 20,0 на 100 тысяч населения является критическим.

В эпоху М.С.Горбачева, когда ожидания позитивных перемен были высоки, число суицидов сократилось почти в полтора раза и в период 1986 – 1988 годов не превышало 19 самоубийств на 100 тыс. населения. Дальнейший драматический исторический сценарий крушения сверхдержавы можно проследить по статистике завершенных суицидов как в странах СНГ, так и в Украине.

Практически во всех странах бывшего СССР в «постперестроечное» время отмечен рост суицидов (Н.Плотников, 1999). За **период с 1988 по 1993г**. он повысился:

- в Казахстане с 17,0 до 23,5 на 100 тысяч жителей
- в Белоруссии с 21,7 до 28,0 на 100 тысяч жителей
- в Латвии с 23,1 до 42,3 на 100 тысяч жителей

- в Литве с 26,6до 42,1 на 100 тысяч жителей
- в Эстонии с 24,3 до 38,1 на 100 тысяч жителей (с 1984 по 1988г.г. уровень самоубийств здесь снизился с 32,9 до 24, 3).

В 1993году республики бавшего СССР были лидерами в мировом рейтинге суицидов:

1 место заняла Латвия - 42,3 на 100 тыс. населения
2 место - Литва - 42, 1 на 100 тыс. населения
3 место - Венгрия - 39,8 на 100 тыс. населения
4 - 5 место Россия и Эстония - 38, 1 на 100 тыс. населения.

Украина относится к числу стран с высоким уровнем суицидов.

Самоубийства здесь составляют примерно 1/5 всех погибших от травм и отравлений. Летальные случаи от суицидов регистрируются уже у детей 5-9 лет. Затем их частота увеличивается с возрастом вплоть до 60 лет. Наибольшее количество завершенных суицидов приходится на работоспособный возраст (71,5%). Средний возраст смерти суицидентов-48,3года.

Вторая волна суицидов приходится на людей пожилого возраста (70 лет и старше). Хотя эти лица составляют лишь 9,1% населения, но на их долю приходится 11,8% самоубийств.

Среди 10 ведущих причин смерти в Украине в 1998 году суициды занимали третье место после сердечно-сосудистых заболеваний (табл.6.1). При гендерном анализе этих показателей выявлено, что у женщин суициды (как причина смерти) занимают лишь 8-место (2,5% от общего числа смертей). У мужчин-третье (5,7% от общего числа смертей). Соотношение завершенных суицидов у женщин и мужчин колеблется от 3:1 (в городах) до 6:1 (в сельских районах) и составляет в среднем по Украине 4,5 :1. (Лехан В.Н. и соавт., 1998)

Табл.6.1 10 ведущих причин смертности в Украине в 1998 году

Место	Причина смерти	% к общему числу (оба пола)
1.	Ишемическая болезнь сердца	20,9
2.	Кардиоваскулярная патология	9,7
3.	Суициды	4,7
4.	Злокачественные новообразования трахей, бронхов, легких	4,0
5.	Циррозы печени, включая алкогольные	3,1
6.	Случайные отравления алкоголем	2,9
7.	Туберкулез органов дыхания	2,7

8-9	Рак желудка	2,4
8-9	Хронический бронхит	2,4
10	Транспортные травмы	2,4

Общий уровень смертности от суицидов в Украине превышает таковой в странах Европейского союза в 2, 6 раза и в 1,6 раза в странах Центральной и Восточной Европы. Мужчины Украины добровольно уходят из жизни еще чаще: в 3раза чаще, чем в Западной Европе и в 1,8 раза чаще, чем в Центральной и Восточной Европе. Это неблагополучие в большинстве своем обусловлено распространением алкоголизма (165,3 случая на 10тысяч населения в 1998г.). Из таблицы 6.2 видно, что уровень смертности в результате самоубийств и от отравления алкоголем тесно коррелируют между собой (r=0,87).

Табл.6.2 Смертность от травм и отравлений в Украине в 1998году (стандартизованные данные на 100 000 населения)

Причины смерти	Мужчины	Женщины	Оба пола
Транспортные травмы	22,2	5,9	13,5
Отравления	43,9	9,4	25,2
в том числе алкоголем	*28,5*	*5,3*	*15,9*
Утопления и удушения	26,5	5,0	15,1
Самоубийства	52,1	9,3	28,6
Убийства	18,2	6,0	11,8

При анализе динамики структуры завершенных суицидов в Украине за 15-летний период (1983г. и 1997г.) было выявлено, что в группе лиц, в анамнезе которых не отмечено психических расстройств, изменилась возрастная и социальная структура суицидентов. Так, если в 1983году 94, 6% суицидов приходилось на возрастную группу 20-60лет, то в 1997году в эту группу было отнесено только 87,4% суицидентов. На 1,5% возросло число лиц моложе 20лет и на 8,4%-старше 60лет.Кроме того, по сравнению с 1883годом, в 1997году в два раза выросло количество суицидов среди не работающих (15,2% и 32,4%соответственно).(Н.Н.Бровина с соавт, 2000).

Наивысший уровень смертности в результате суицидов зафиксирован в промышленных регионах Восточной Украины и в районах, пострадавших от аварии на Чернобыльской АЭС (34,5 на 100 000населения).Спустя 10лет после Чернобыльской катастрофы 10% среди умерших ликвидаторов этой аварии завершили жизнь самоубийством.

Самый низкий уровень завершенных суицидов в течение последних 10 лет зафиксирован на территории Западной Украины. Показатель смертности в результате самоубийств в 1996году в Львовской области составил 9,2 на 100 тыс. населения, в Тернопольской обл. – 12 на 100 тыс. населения, в Ивано-Франковской – 13 на 100 тыс. населения. В этом же году в Запорожской области этот показатель составил 40,6 на 100 тыс. населения, в Луганской области – 39,2 на 100 тыс. населения, в Донецкой и Кировоградской областях – 38,2 на 100 тыс. населения.

Столь разительный разброс показателей завершенных суицидов в различных регионах одной страны в один исторический период времени позволяет говорить о различном социокультуральном фоне в этих областях. Действительно, ментальность населения Западной Украины отличается от таковой у жителей Восточной Украины. В Западной Украине даже в советские времена было много верующих – католиков. В настоящее время их количество резко возросло. Население выделяется высокой духовной культурой и стремлением к сохранило национальных и семейных традиций и уклада жизни. Заболеваемость и распространенность алкоголизма и наркомании в этом регионе самая низкая в Украине.

В заключении хочу сказать, что изложенная выше гипотеза исторической динамики осознанного суицидального поведения и проведенный анализ динамики самоубийств в странах СНГ и Украины позволяют поиному взглянуть на проблему суицида и создавать программы по их профилактике с учетом не только психологических и психопатологических детерминант суицидального поведения, но и с учетом социокультуральных особенностей общества и массового сознания его граждан. Это особенно важно в настоящий момент, когда население постсоветских стран находится в процессе кардинальных исторических преобразований, которые сопровождаются изменением массового сознания с тенденцией к иррациональному восприятию действительности и с включением механизмов аутистического и архаического мышления.

6.5. Pro et Contra

В этой главе сделан анализ суицидального поведения как социального явления. Показано влияние изменившихся социокультуральных условий жизни населения в постсоветских странах на уровень суицидов. С одной стороны, социологическая теория Э.Дюркгейма находит подтверждение и в нашем исследовании, но с другой стороны есть целый ряд фактов, которые не позволяют столь категорично утверждать, что социальная деструкция и культуральные трансформации в обществе влекут за собой увеличение количества самоубийств. В подтверждение этого тезиса приведу данные мировой статистики суицидов, которые показывают, что проблема самоубийств это не только социальная проблема. В высокоразвитых странах с высоким уровнем качества жизни населения, не испытавшего в последние десятилетия социокультуральных

потрясений, в середине 80-х годов приходилось следующее количество суицидов:

- В Дании и Австрии– 28 на 100 тыс. жителей
- Во Франции – 22 на 100 тыс. населения
- В Японии – 21 на 100 тыс. населения

В тот же период в развивающихся странах, население которых испытывает известные социопсихологические и экономические проблемы, количество суицидов очень низко:

- В Мексике – 1,7 на 100 тыс. населения
- В Египте – 0,5 на 100 тыс. населения
- На Мальте – 0,3 на 100 тыс. населения
- В Кувейте – 0,1 на 100 тыс. населения

Более того, даже в странах бывшего СССР, переживающих в постперестроечный период трагические социальные и природные катастрофы, заметно не возросло количекство суицидов. Несмотря на землетрясение в Армении и армянские погромы в Нагорном Карабахе, Армения и Азербайджан по-прежнему среди бывших республик СССР занимают последние места по показателям суицидов. (А.Г.Амбрумова, Л.И.Постовалова, 1991). И это не статистическая погрешность, а закономерность, прослеживающаяся на примере многих исторических ситуаций. В периоды войн и революций количество суицидов резко снижается.

По - видимому, психологический, личностный фактор не менее важен в принятии решения о самоубийстве. Говоря о личностном факторе, я имею в виду и ментальность населения (многогранные составляющие которой отражены в главе 1.2.1.) и индивидуальные особенности человека. Здесь я не касаюсь проблемы суицидов у психически больных.

Ответ на вопрос «Почему человек совершает самоубийство?» величайшие умы человечества ищут со времен Древней Греции. Однозначный ответ так и не найден. А на ставший хрестоматийным вопрос – утверждение лауреата Нобелевской премии Альбера Камю каждый отвечает по – своему.

«Есть лишь одна по-настоящему серьезная философская проблема, пишет он, - проблема самоубийства. Решить, стоит или не стоит жизнь того, чтобы ее прожить – значит ответить на фундаментальный вопрос философии».

«За» самоубийство высказались: Эпикур и Сократ, Дэвид Юм и Джон Донн, Фридрих Ницше и Монтень. Добровольно ушли из жизни: древнегреческие философы Демокрит и Диоген Синопский, греческий философ Сократ, Римский философ Сенека (Младший), русский писатель и философ А.Н.Радищев, советские писатели и поэты: Александр Фадеев, Сергей Есенин, Владимир Маяковский, Марина Цветаева, Юлия Друнина; американские писатели: Джек Лондон и Эрнест Хемингуэй, австрийский писатель Стефан Цвейг, основатель психоанализа Зигмунд Фрейд, немецкий психиатр А.С.Кронфельд.

«Против» самоубийства высказывались: Платон и Спиноза, Артур Шопенгауэр и Николай Бердяев, Альбер Камю и Эммануил Кант, Владимир

Соловьев и все люди, которые продолжают жить на Земле, вопреки войнам и катастрофам, нищете и болезням, разочарованиям и потерям.

«Преодолеть волю к самоубийству - значит забыть о себе, преодолеть эгоцентризм, замкнутость в себе, подумать о других и другом, взглянуть на Божий мир, на звездное небо, на страдания других людей и на их радости. Победить волю к самоубийству - значит перестать думать главным образом о себе и о своем» (Н.Бердяев).

Глава 7. Историческая динамика интеллектуального развития общества

«Допустим, что коэффициент интеллектуальности IQ генетически обусловлен и что попытки повысить его с помощью специальной образовательной программы пока безуспешны. Следует ли из этого, что IQ генетически предопределен? Нет, из этого лишь следует, что способы обучения и влияния среды на развитие интеллекта еще предстоит понять».

(Ф. Добжанский «Мифы о генетическом предопределении»).

Важнейшим показателем интеллектуального и нравственного состояния общества, а также его духовного потенциала является общественное психическое здоровье, которое характеризуется уровнем психического здоровья в популяции.

Умственная активность и интеллектуальное развитие членов общества является очень чувствительным индикатором социокультурных изменений в обществе.

Традиционно психологи и психиатры изучают лишь одну сторону проблемы – умственную отсталость и акцентируют свое внимание лишь на одном полюсе динамики интеллектуального развития общества -его регрессе. Поэтому статистические данные позволяют количественно оценить лишь степень интеллектуального упадка в обществе в определенные периоды его развития.

Умственная отсталость в популяции украинского населения за 10 лет (1990-1999гг.) возросла на 21%. Заболеваемость в 1999г. составила 35,4 на 100 тысяч населения. Динамика показателей заболеваемости за 10 лет отражена в табл. 5.1 (глава 5). В 1999г. умственная отсталость в структуре заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами всего населения Украины занимает 3-е место и составляет 13,3%. Однако при рассмотрении динамики заболеваемости умственной отсталостью среди городского и сельского населения, отраженной в табл. 7.1, мы видим разительное несоответствие темпов прироста умственной отсталости, которое в сельской местности принимает характер, угрожающий для интеллектуального потенциала нации.

Табл. 7.1 Динамика показателей заболеваемости умственной отсталостью среди сельских и городских жителей Украины за 1990-1999г.г. (на 100 тыс. соответствующего населения)

	1990	1995	1998	1999	±% 1999 до 1990
Сельские жители					
Умственная отсталость	38,8	43,4	57,4	57,2	+ 40,8
Городские жители					
Умственная отсталость	22,9	20,8	25,1	25	+ 4,9

Среди детского населения картина еще драматичнее: в 1999г. умственная отсталость заняла 2-е место в структуре детской психической заболеваемости (18,5% от всех психических и поведенческих расстройств) и составила 94,7 на 100 тыс. детского населения. В популяции подростков – умственная отсталость также занимает 2-место (32,2%) и составляет 168,5 на 100 тыс. подросткового населения. Динамика заболеваемости умственной отсталостью за 10 лет в популяции детского и подросткового населения Украины (диспансерная группа) представлена в табл. 7.2

Табл. 7.2 Динамика показателей заболеваемости умственной отсталостью в популяции детского и подросткового населения Украины за 1990-1999г. (на 100 тыс. соответствующего населения).

	1990	1995	1998	1999

Дети	60,3	71,0	95,0	94,7
Подростки	106,6	154,0	175,0	168,6

Как видно из таблицы, исторический отрезок времени длиною в 10 лет – существенно отразился на развитии интеллекта детей и подростков, так как именно в первое десятилетие жизни ребенка формируется его интеллектуальный потенциал. R.Bergins (1971) показал, что 20% будущего интеллекта приобретается к концу 1-го года жизни, 50% - к 4-м годам, 80% - к 8-ми годам, 92% - до 13 лет. Пик интеллектуальной отдачи, по мнению A. Mestel (1967), приходится на 30 - 35 лет. К такому выводу он пришел, изучая биографии нобелевских лауреатов за 1901 - 1967годы. Ученые, удостоенные впоследствии Нобелевских премий в области естественных наук сделали свои открытия в среднем в возрасте 37 лет, в области физики - в 35,1г., химии - 37,3г., медицины и физиологии - 39,6лет. Очень часто премии за эти открытия им были присуждены лишь десятилетия спустя. Поэтому возраст ученых на момент вручения премии на несколько десятков лет больше. Самый последний пример: Нобелевский лауреат в области физики за 2000год россиянин Жорес Алферов был удостоен ее за серию работ 30-летней давности.

Более столетия продолжается научная дискуссия о вкладе наследственных и средовых факторов в генез умственной отсталости. Обзор этих трудов остается за рамками книги. Спектр мнений здесь простирается от того, что известный генетик, основоположник нового направления, изучающего генетико-культурную эволюцию, Г.Добжанский (1900 – 1975) назвал «мифом о tabula rasa до мифа о генетическом предопределении». Данная глава будет посвящена другой, гораздо менее изученной проблеме - проблеме социокультуральной динамики умственной активности и ее историогенезу. И здесь, на мой взгляд, необходимо сосредоточить внимание не столько на лицах с умственной отсталостью, сколько на людях, чей коэффициент интеллектуальности выше нормы, то есть на другой стороне проблемы – умственной одаренности.

Легендарный генетик, изучавший в том числе и психические расстройства, ученик Н.К.Кольцова, С.С.Четверикова, М.М.Завадовского, Владимир Павлович Эфроимсон в своей уникальной книге (до сих пор не изданной, а только депонированной в виде рукописи во ВИНИТИ в 1982 году) "Биосоциальные факторы повышенной умственной активности" обосновал примат социального в становлении и реализации умственных способностей следующими факторами:

1 Становление в детско-подростковом периоде твердых ценностных установок

2. Выбор деятельности в соответствии с индивидуальными дарованиями

3. Оптимальные условия для развития этих дарований

4. Наличие благоприятных социальных условий (социального заказа) для самореализации.

Как было показано в главе 1 и 3, эти параметры социально детерминированы и крайне вариабельны.Следовательно, исторические события, которым неизбежно

сопутствуют кардинальные социокультурные изменения должны существенным образом влиять на интеллектуальное состояние общества. Статистические данные интеллектуальной активности в различные исторические периоды отсутствуют, хотя во многих философских, исторических и культурологических исследованиях неоднократно отмечалась эта связь.

Радикальные сдвиги в культуре греков в VI – V вв.до н.э. породили уникальный психический склад личности жителей Афин и небывалый в истории человечества интеллектуальный взлет. Этот феномен историки и культурологи назвали "греческим чудом".Только в течение одного столетия (Vв.до н.э.) в Афинском государстве (его свободное население составляло около 200 тысяч человек) жили и творили такие гении мирового ранга как Сократ, Платон, Эсхил, Софокл, Еврипид, Аристофан, Фидий, Фукидид, Фемистокл, Перикл, Ксенофонт. В Афинах (свободное население которых составляло всего 50 тысяч человек) за столом у Перикла собирались и вели застольные беседы Анаксагор, Зенон, Протагор, Софокл, Сократ, Фидий, которые почти все были гражданами Афин (Эфроимсон). Феномен "греческого чуда" и по сей день полностью не объяснен. Что было причиной интеллектуальной вспышки, подобной которой история не зафиксировала и по сей день?

Несмотря на некоторое расхождение в деталях, практически все исследователи сходятся во мнении, что первопричина кроется в социокультуральном факторе. В.Эфроимсон проанализировал этот феномен с точки зрения генетики и пришел к выводу, что "никакие генетические данные не позволяют думать, что афиняне наследственно превосходили окружающие их современные народы. Секрет весь заключается именно в стимулирующей среде", - писал он.

Феохарий Кессиди (1999) придавал большое значение психологическим характеристикам личности афинян, которые сформировались под воздействием благоприятных социокультурных воздействий. Перефразируя Гераклита, он говорил: "Характер народа – его судьба". Среди психологических характеристик эллинов он выделил следующие:

- агональный (состязательный, соревновательный, полемический) дух во имя стяжания славы, который пронизывал все стороны жизнедеятельности греков. Даже Боги состязаются в древнегреческой мифологии. В "Илиаде" Гомер четко обозначил эту стратегию поведения : "Всегда первенствовать и превосходить других".
- неуемная жажда славы и обретение бессмертия любым путем. Поступок Герострата, во имя обретения славы и бессмертия, поджегшего одно из "семи чудес света"- храм Артемиды Эфесской, до сих пор памятен жителям Земли.
- Выраженная внутренняя свобода, внешним проявлением которой явилась их демократия
- Чувство скоротечности человеческой жизни и неуемное желание увековечить свое имя и деяния. "Отец истории" Геродот начинал свой труд для того чтобы "…прошедшие события с течением времени не пришли в

забвение и великие, и удивления достойные деяния как эллинов, так и варваров не остались в безвестности…”.

- Преобладание духовных, нравственных и интеллектуальных интересов над материальными; влечение к мудрости, диалектический стиль мышления. Пифагор говорил, что его профессия - любомудрие. Именно он первым и ввел понятие “философия” (любомудрие).

Универсальную одаренность древних греков, символом которой служит Платон (поэт и мыслитель, мечтатель и политик, умозрительный философ и родоначальник “идеального” государства, несравненный стилист и тонкий диалектик), пытаются объяснять и с точки зрения функциональной асимметрии мозга. Анализ их мыслительной деятельности лингвистами и физиологами позволил выявить чрезвычайно развитое как “левополушарное” (дискретное, аналитическое, логическое), так и “правополушарное” (образное, непрерывное, синтетическое) мышление.

Последующий психолого-исторический анализ подтвердил гипотезу о влиянии исторических событий на интеллектуальный статус популяции. Практически все крупные исторические события сопровождались вспышками интеллектуальной одаренности, которая в наибольшей степени проявлялась именно в тех областях, которые были востребованы обществом в конкретной исторической ситуации. Историко-психологический анализ динамики интеллектуального потенциала общества в XIX - XX веках подтвердил эту закономерность. Создается впечатление, что исторические события , сопровождающиеся социокультуральным сдвигом создают условия для формирования микроноосферы, где условия для проявления потенциальных интеллектуальных возможностей человека максимальны. В. Эфроимсон считает, что частота зарождения потенциальных гениев и талантов почти одинакова у всех народностей и народов и составляет цифру порядка 1:2000 - 1: 10 000. Частота реализации их интеллектуального потенциала до степени получения высокой оценки своего труда - 1:1 000 000, а частота полностью реализовавшихся талантов до степени признания их трудов гениальными - 1 : 10 000 000. С учетом этих цифр греческий интеллектуальный феномен представляет собой действительно “чудо”. Ведь в одно время в Афинах со свободным населением в 50 тысяч человек проживало и творило больше десятка гениев мирового масштаба, чьи труды не потеряли своей актуальности в течение 25 веков и все еще цитируются в настоящее время. Доктор естественных наук из Гамбурга Анатолий Контуш, проанализировал с исторической точки зрения 100-летнюю история Нобелевских премий. и пришел к выводу о существовании “интеллектуального пояса” планеты, который располагается в историческом пространстве и времени и имеет свои «горячие точки».

1. Парижский интеллектуальный феномен

Середина XIX века.

Небывалый со времен Наполеона I экономический рост во Франции, которую возглавляет Луи Филипп. Начинается индустриализация страны, сооружаются железные дороги, которые обеспечили невиданную ранее свободу передвижения, а, следовательно, и свободу мысли. Вводится обязательное начальное образование для мальчиков, стандартизируются многочисленные диалекты, господствующие в разных регионах страны в единый французский язык. Эти крупномасштабные социокультуральные изменения были столь мощными, что привели в 1848 году к февральской революции во Франции, итогом которой явилось отречение от престола короля Луи Филиппа и образование Второй Республики, которую возглавил племянник императора Наполеона I – Луи Наполеон Бонапарт. Таков социокультуральный фон на котором за 14 лет (с 1839 по 1852 годы) в Париже рождаются сразу 8 будущих лауреатов Нобелевской премии:

- Врач Шарль Луи Альфонс Лаверан (1845 – 1922) - Нобелевская премия по физиологии и медицине 1907 года
- Физиолог Шарль Рише (1850 – 1935) - Нобелевская премия по физиологии и медицине 1913 года
- Химик Анри Муассан (1852 – 1907) -Нобелевская премия по химии 1906 года
- Физик Антуан Анри Беккерель(1852 – 1908) - Нобелевская премия по физике 1903 года
- Поэт и эссеист Франсуа Арман Сюлли- Прюдом (1839 – 1907) - Нобелевская премия по литературе 1901 года
- Писатель Анатоль Франс (1844 – 1924) - Нобелевская премия по литературе 1921 года
- Основатель Лиги наций Леон Буржуа (1851 – 1925) - Нобелевская премия Мира 1920 год
- Основатель Лиги прав человека Фердинанд Бюиссон (1841 – 1932) - Нобелевская премия Мира 1927 года.

Конец XIX - начало XX веков.

Франция возрождается после поражения во франко-прусской войне, падения Второй империи и кровавых боев на баррикадах разгромленной Парижской Коммуны. Во Франции – устойчивый экономический рост, в Париже представители социалистических партий 20 стран в 1889г. объявили о создании II Интернационала , в этом же году состоялась Всемирная выставка, главной достопримечательностью которой стала Эйфелева башня в Париже – символ новой архитектуры. Расцвет литературы и искусства: зарождается и приобретает популярность импрессионизм и модернизм, в поэзии – символизм. В этот период во Франции творят химик Луи Пастер, супруги-физики Пьер и Мария Кюри, художник и график Тулуз – Лотрек, писатели Эмиль Золя и Дюма – сын,

художники-фовисты (от франц. fauve – дикий) А.Матисс, А.Марку, Ж.Брак. В стране введено бесплатное начальное образование.

С 1895г. по 1911г. в Париже рождается 8 будущих лауреатов Нобелевской премии:

- Андре Фредерик Курнан (1895) – Нобелевская премия по физиологии и медицине 1956 года
- Жак Люсьен Моно (1910 – 1976) -Нобелевская премия по физиологии и медицине 1965 года
- Луис Федерико Лелувр (1906) - Нобелевская премия по химии 1970 года
- Морис Алле (1911) – Нобелевская премия по экономике 1988года
- Жан Поль Сартр (1905 – 1980) – Нобелевская премия по литературе 1964 года, не принял
- Шон Макбрайд (1904) – Нобелевская премия мира 1974 года
- Супруги Фредерик Жолио (1900 – 1958) и Ирен Жолио – Кюри (1897 – 1956) – Нобелевская премия по химии 1935 года. В этой семье было 4 Нобелевских лауреата. Отец Ирен – Пьер Кюри (1859 – 1906) был Нобелевским лауреатом по физике 1903 года, ее мать Мария Склодовская – Кюри (1867 – 1934)– дважды лауреатом Нобелевской премии по физике в 1903 году и по химии в 1911 году.

После первой мировой войны в Париже будет рожден лишь 1 будущий лауреат Нобелевской премии.

2. Австро-Венгерский интеллектуальный феномен конца XIX века.

В последнее десятилетие XIX века Австро-Венгерская империя переживает период экономического подъема. Усиливается независимость Венгрии, жители которой получают возможность свободно мигрировать по стране. В Вене и Будапеште (главных городах Австро-Венгрии) происходят значительные социальные реформы, строятся школы, развивается искусство. В это время в Вене творят композиторы Иоганнес Брамс, Антон Брукнер, «король вальса» Иоганн Штраус. Вена становится музыкальной столицей мира. В 1900году в Вене вышла книга австрийского врача-психиатра Зигмунда Фрейда «Толкование сновидений», Начиналась эра психоанализа. В течение 18 лет (с 1885г. по 1902 г.) в Вене и Будапеште рождается 10 будущих Нобелевских лауреатов:

- Физиолог Альберт фон Сент- Дьерди (1893 – 1989) - Нобелевская премия по физиологии и медицине 1937года
- Физиолог Дьердь Бекеши (1899 – 1972) - Нобелевская премия по физиологии и медицине 1961 года
- Биолог Карл фон Фриш (1886 – 1982) - Нобелевская премия по физиологии и медицине 1973 года
- Физик Эрвин Шредингер 1887 – 1961) - Нобелевская премия по физике 1933 года

- Физик Вольфганг Паули (1900 – 1958) - Нобелевская премия по физике 1945 года
- Физик Эуген Пол Вагнер (1902) - Нобелевская премия по физике 1963 года
- Физик Деннис Габор (1900-1979) - Нобелевская премия по физике 1971 года
- Химик Рихард Кун (1900 – 1967) - Нобелевская премия по химии 1938 год
- Химик Дьердь Хевеши (1885 – 1966) - Нобелевская премия по химии 1943 год
- Экономист Фридрих фон Хайек (1899 – 1992) - Нобелевская премия по экономике 1974год

Подъем сменяется спадом, начинается первая мировая война, Австро-Венгерская империя разваливается. С тех пор Будапешт и Вена дадут миру только 3 Нобелевских лауреата.

3. Лондонский интеллектуальный феномен начала XX века.

Со смертью королевы Виктории в 1901 году завершилась целая эпоха Британской истории, начавшаяся в 1837 году. За шесть десятилетий викторианской эпохи Англия превратилась в крупнейшую колониальную империю. На смену ей приходит Эдуард VII, подписавший с Францией договор – Сердечное соглащение (от фр. Entente cordiale)(Антанта), обеспечивающий мирное разделение сфер их колониальных интересов. Великобритания отказалась от внешнеполитического принципа «блестящей изоляции» , начался экономический подъем, была введена система всеобщего среднего образования, началось создание социального государства.

В течение 9 лет (1910-1918гг.) в Лондоне рождается 7 будущих Нобелевских лауреатов:

- Арчер Джон Портер Мартин (1910) – Нобелевская премия по химии 1952года
- Дерек Харолд Ричард Бартон (1929) – Нобелевская премия по химии 1969 года
- Герберт К. Браун (1912) - Нобелевская премия по химии 1970года
- Уильям Бэдфорд Шокли (1910 – 1989) - Нобелевская премия по физике 1956года
- Нильс Кай Йерне (1911) - Нобелевская премия по физиологии и медицине 1984года
- Патрик Мартиндейл Уайт (1912 – 1990) - Нобелевская премия по литературе 1973 года
- Ричард Стоун (1913) – Нобелевская премия по экономике 1984 года

После первой мировой войны ни один будущий лауреат Нобелевской премии не будет рожден в Лондоне.

4. Североамериканский интеллектуальный феномен первой половины XX века.

Первые десятилетия XX века для США – десятилетия бурного экономического роста и годы процветания. Именно в этот период бурно развивается

автомобильная промышленность. На автомобильных заводах Генри Форда внедряется конвейерное производство, на крупных предприятиях и заводах внедряется научная организация труда Фредерика Тейлора. Экономический рост обеспечивался также поставками оружия странам Антанты в период первой мировой войны. Модернизируется вся транспортная система. Нью-Йорк олицетворяет американский капитализм. При губернаторе Франклине Рузвельте финансируются обширные социальные программы, осуществляется государственная поддержка системы образования , женщины добились избирательных прав.

В течение 30 лет (с 1911г. – 1941г.) в Большом Нью-Йорке рождаются 32 будущих Нобелевских лауреата. В среднем по одному в год (!) в одном городе.

Одновременно с Нью-Йорком почти такая же высокая рождаемость будущих Нобелевских лауреатов в двадцатые годы отмечается в Чикаго и Бостоне. Ее резкое снижение наступает в период Великой депрессии. Я не буду перечислять весь ряд этих блестящих имен: читатель без труда может найти их в энциклопедии.

К сожалению, мне не удалось выявить какие-либо социокультуральные закономерности рождения отечественных лауреатов Нобелевской премии. За 100-летнюю историю этой премии ее лауреатами стали 20 человек, внесших огромный вклад в интеллектуальное и культурное развитие общества:

- Павлов И.П. – Нобелевская премия по физиологии и медицине 1904 года
- Мечников И.И. - Нобелевская премия по физиологии и медицине 1908 года
- Бунин И.А. - Нобелевская премия по литературе 1933 года
- Семенов Н.Н. – Нобелевская премия по химии 1956 года
- Тамм И.Е. – Нобелевская премия по физике 1958 года
- Франк И.М. - Нобелевская премия по физике 1958 года
- Черенков П.А. - Нобелевская премия по физике 1958 года
- Пастернак Б.Л. - Нобелевская премия по литературе 1958 года
- Ландау Л.Д. - Нобелевская премия по физике 1962 года
- Басов Н.Г. - Нобелевская премия по физике 1964 года
- Прохоров А.М. - Нобелевская премия по физике 1964 года
- Шолохов М.А. - Нобелевская премия по литературе 1965 года
- Солженицын А.И. - Нобелевская премия по литературе 1970 года
- Канторович Л.В. - Нобелевская премия по экономике 1975 года
- Сахаров А.Д. - Нобелевская премия мира 1975 года
- Капица П.Л. - Нобелевская премия по физике 1978 года
- Чазов Е.И. - Нобелевская премия мира 1985 года
- Бродский И.А. - Нобелевская премия по литературе 1987 года
- Горбачев М.С. - Нобелевская премия мира 1990 года
- Алферов Ж. И. - Нобелевская премия по физике 2000 года

Однако имена не заменяют аргументов, и проблема повышения интеллектуального потенциала нации остается чрезвычайно актуальной. Для того, чтобы глубже понять влияние социума, мы еще должны учитывать один феномен современности – функциональную неграмотность, которую социологи называют бичом цивилизации и культуры второй половины XX века. Речь идет о том, что люди, завершившие школьное обучение, приходят на производство и не могут понять содержание какой-либо простой инструкции, правильно заполнить бланки, сделать примитивные расчеты, произвести простые операции за компьютером и т.п. Научно – техническая революция, повлекшая за собой интеллектуализацию всех видов труда, изменила традиционные представления об интеллектуальных возможностях человека и требования к ним. Система образования не успевает за изменениями, происходящими в мире и потребностями производства. По официальным данным, в США около 22 миллионов функционально неграмотных, во Франции – около 3 миллионов, а в целом странах ЕЭС – 15 миллионов человек (Культурология, 1999).

Мне думается, что мысль, высказанная Ф. Добжанским (известным американским генетиком, родившимся и получившим образование в Украине) в его статье «Мифы о генетическом предопределении»(1976) актуальна и сегодня. «Допустим, что коэффициент интеллектуальности IQ генетически обусловлен и что попытки повысить его с помощью специальной образовательной программы пока безуспешны. Следует ли из этого, что IQ генетически предопределен? Нет, из этого лишь следует, что способы обучения и влияния среды на развитие интеллекта еще предстоит понять».

Глава 8. Психолого-психиатрический эффект исторических событий.

«Люди видели слишком много войны, слишком много насилия – и теперь война идет в душе каждого из них. Мы пытаемся лечить это, нам всем это просто необходимо: если не выгнать «внутреннюю войну» из человеческих душ, то она будет все продолжаться и продолжаться без конца: она проникнет в каждую семью, она погубит нас.»
(С.Нордстром, 1992)(C.Nordstrom).

Взаимосвязь исторических событий с психическими и поведенчесими расстройствами интересовала многих специалистов в области человековедения. Особенно актуальными эти проблемы становились в кризисные периоды истории.

Впервые мысль о травматических последствиях социокультуральных изменений для современников и их потомков высказал З.Фрейд в работе «Моисей и монотеизм». Он усматривал в них корни массовых социальных движений (воин и революций). Его идеи легли в основу исследований историко-психологических корней тоталитарных режимов.

Патогенное воздействие исторических событий на психическое здоровье подтверждается психологической и психиатрической практикой. Ярким примером служит историческая динамика диагностики и классификации этих состояний.

В **1871году** Da Costa описал психические нарушения у солдат времен гражданской войны в Америке. В клинической картине у них доминировали кардиологические симптомы, что позволило автору назвать это состояние **“солдатское сердце”.** В современной психиатрии синдромом Да Косты представлен в МКБ – 10 (F.45.3). Он характеризуется болями в сердце, сердцебиением, затруднением дыхания, выраженной потливостью, головокружением, головными болями, нарушением сна. Эти симптомы являются проявлениями состояния тревоги.

В 1884году было введено понятие **«травматический невроз»** в связи с описанием психических последствий железнодорожной катастрофы . **В 1907году С.** Barrois D Honingmann ввели в психиатрическую терминологию понятие «**военный невроз».** Клинической моделью этих состояний послужило психическое состояние участников русско-японской войны, к которым они были приглашены русскими врачами для оказания медико-психологической помощи воевавшим.В дальнейшем изучением этих расстройств занимались военные психиатры, которые обозначили постстрессовое психическое состояние, наблюдаемое ими у солдат первой мировой войны как **“снарядный шок”.** После первой мировой войны появились работы, в которых описывались нервно–психические нарушения в результате психотравм военного времени. Затем было замечено, что психотравмы мирного времени также вызывают подобные нарушения.

Период интенсивного развития капиталистического общества в США в 20годы XX века сопровождался резким увеличением неврастений. Этот клинический феномен получил название **«американский невроз»**.

Новым импульсом к изучению этой проблемы послужили наблюдения за ветеранами первой и второй мировых войн. Психическое состояние воевавших и ветеранов характеризовалось в терминах «военный невроз», «военная усталость», «боевое истощение», «посттравматический невроз». Психиатрическим результатом боевых действий США в Корее стало введение новой диагностической категории в классификацию психических заболеваний DSM – 1 (1952) – посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), которые вошли во вновь созданную группу «больших стрессовых реакций». Затем каждый последующий крупномасштабный военный конфликт привносил новые данные о психологическом самочувствии и психическом статусе его участников. В терминологии специалистов появился «вьетнамский синдром», позднее был описан “афганский синдром”, сегодня уже говорят о “чеченском”.

Последние десятилетия XX столетия ознаменовались новой волной локальных гражданских, этнических и религиозных конфликтов, терроризмом и репрессиями во всех уголках мира. Растет количество беженцев, политических заключенных, лиц, подвергшихся насилию во всех его проявлениях. «Культура насилия» становится доминирующей во многих странах мира.
Какое влияние на психику людей оказывают эти явления?
Какие ближайшие и долгосрочные (отставленные) психолого – психиатрические последствия повлекут за собой эти деструктивные исторические события?
Что происходит с «палачами» и их «жертвами» в периоды взаимодействия и после возвращения к мирной жизни?
С какими трудностями психологического и социального характера они столкнутся в мирной обстановке?
Как им помочь адаптироваться уже не к войне, а к миру?
Как «культура насилия» отражается на психике и поведении детей и подростков?
Как предотвратить или минимизировать психолого – психиатрические последствия насилия?
И в конечном итоге, что происходит с обществом, граждане которого пережили массовую историческую психотравму?
Эти и еще много других вопросов возникает при размышлениях о влиянии исторических событий на психическое здоровье нации. Без анализа психолого – психиатрических последствий уже прошедших войн, вооруженных конфликтов, репрессий нельзя на них ответить и невозможно создать прогностические модели и профилактические программы.

8.1. Влияние исторических событий XX века на психическое здоровье их участников.

8.1.1. Первая мировая война и Октябрьская революция 1917 года.

Анализируя психиатрические расстройства**,** развивающиеся во время и после ***первой мировой войны,*** Л.О.Даршкевич в своей монографии «Травматический невроз» (1916) описывает случаи, когда острая аффективно-шоковая травма приводит к отсроченным психическим расстройствам, имеющим клиническое оформление в виде классических вариантов истерического, астенического и обсессивно-фобического синдромов. Хотя автор и отмечает отсутствие каких-либо специфических для «травматического невроза» симптомов, в то же время он пишет, что военная психотравма «накладывает особую печать на те болезненные формы, которые развиваются в зависимости от травм, вызывающих психический шок». Многие ветераны страдали депрессией и алкоголизмом. В период первой мировой войны наряду с термином «травматический невроз» начинает использоваться термин «военный невроз».
Что касается населения в целом, то за годы первой мировой войны количество психических заболеваний в популяции России значительно возросло.На

Всероссийском съезде врачей-психиатров в 1916 году В.И. Яковенко отметил, что в годы первой мировой войны на 170 млн. населения России приходилось не менее 0,5 млн. душевно больных и было всего 350 психиатров.
Немецкие психиатры по-иному подошли к рассмотрению проблемы «травматического невроза» у своих воинов. Они не считали его болезнью и расценивали лиц, демонстрирующих симптомы «военного невроза» как конституционно предрасположенных к дегенерации, как «паразитов нации» ("Volkskorper"), не имеющих право на жизнь, не оказывали им медицинской помощи и лишали военных пенсий (R.B.Williams, 1997). Психиатрическим итогом первой мировой войны также стало описание «болезни колючей проволоки» - своеобразного психопатологического состояния, наблюдаемого во время и после пребывания людей в лагерях для военнопленных.

Психолого-психиатрический анализ итогов первой мироой войны продемонстрировал патогенность военных действий не только для поколения, принимающего в них участие, но и для последующих поколений. Известный психоисторик П.Левенберг описал историко-психологический эффект первой мировой войны в работе «Психоисторические корни нацистского молодежного движения». Исследовав влияние первой мировой войны и революции 1918-1919гг. в Германии на психическое состояние детей он пришел к выводу, что эти исторические события оказались психотравмирующими и решающими для формировсвания личности молодых «наци». (P. Loewenberg, 1971).

П.Левенберг выделил следующие ***психологические особенности лиц, переживших первую мировую войну:***

- Повышенная агрессивность и гневливость
- Не выраженная индивидуальность
- Склонность к подчинению тоталитарному лидеру.

Анализируя психиатрические последствия Октябрьской революции 1917года П.Б.Ганнушкин сформулировал концепцию о приобретенных психопатиях. В психиатрию он ввел понятие « нажитой психической инвалидности» и описал ее клиническую динамику на примере молодых людей, которые в результате революционных преобразований заняли ответственные посты, не имея соответствующих знаний и опыта, но работавших с чрезмерным перенапряжением, без отдыха и не считаясь с состоянием здоровья .

Описывая одну из форм «нажитой психической инвалидности» П.Б.Ганнушкин выделил 3 группы клинических симптомов, характерных для этого состояния:

- Чрезмерная раздражительность и возбудимость, выходящая за рамки астенической раздражительности
- Депрессивные эпизоды различной продолжительности и степени выраженности
- Психогенные истерические расстройства.

Болезнь прогрессирует в течение 2-4 лет и приводит к «стойкому, неизлечимому ослаблению интеллектуальной деятельности». Основным этиологическим

фактором, приводящим к инвалидности, П.Б. Ганнушкин считал физическое, моральное, эмоциональное и интеллектуальное переутомление, а доминирующим патогенетическим механизмом - трансформацию функционального церебрального нарушения в органическое с формированием разлитого склеротического поражения мелких сосудов коры головного мозга (Ганнушкин П.Б., 1926).
Следует сказать, что в официальной статистике СССР после революции 1917 года не зафиксировано значительного роста больных с психическими и поведенческими расстройствами, а статьи П.Б.Ганнушкина «Об одной из форм нажитой психической инвалидности» (1926) и «Об охране здоровья партактива» (1930) никогда не переиздавались и не вошли в его «Избранные труды» (1964).

8.1.2.Вторая мировая война

Вторая мировая война вновь оживила интерес к проблеме влияния исторических событий на психологический и психический статус их участников. В отечественной психиатрии расстройства, связанные с военной психотравмой, относились к психогенным заболеваниям, в число которых во время военных действий входили острые реактивные психозы: аффектогенный ступор и фугиформная реакция. Данные изучения психических расстройств во время Великой отечественной войны, представленные в работах советских психиатров, позволяют подвести некий психиатрический итог: (Гуревич М.О., 1949; Краснушкин Е.К., 1949; Гиляровский В.А., 1973; Иванов Ф.И., 1974; Александровский Ю.А. и др, 1991; Краснянский А.Н., 1993):

1. Война не дала новых, неизвестных психиатрам клинических форм психических расстройств. Ее патопластическое влияние лишь в некоторой степени видоизменило известные психические расстройства.
2. Существенную роль в формировании психогений , помимо психотравмирующей ситуации, играла информационная неопределенность, угроза жизни близких людей и ломка привычного жизненного уклада.
3. В период ВОВ психогенные расстройства встречались в среднем у 30% госпитализированных военнослужащих. Причем, с каждым последующим годом войны (с 1941 по 1945) число больных с психогенными психозами снижалось и к 1944году составило только 42% от численности больных первого года войны.
4. Затяжные реактивные психозы встречаются значительно чаще аффективных шоковых реакций. В годы Великой отечественной войны их число составило 93% всех реактивных психозов у военнослужащих.

Были диагностированы следующие формы затяжных реактивных психозов у участников военных действий:

- Психогенное сумеречное помрачение сознания (аффективное сужение сознания). Во время ВОВ эти состояния встречались одинаково часто и в бою и вне боевой обстановки и составляли от 16до 27% от числа всех реактивных психозов (Ф.И.Иванов, 1974). В отличие от эпилептического,

эти сумеречные расстройства сознания не утрачивают связь с прошлым, о котором сохраняются фрагментарные воспоминания. Их течение волнообразно и длится 5-6дней.

- Реактивная депрессия. Во время ВОВ реактивные депрессии составляли 40% от общего числа реактивных психозов в армии. Продолжительность этих состояний от 20-30 суток до 4-5месяцев.
- Псевдодеменции, ганзеровский синдром, пуэрилизм. В период ВОВ составляли 16-20% от числа всех реактивных психозов
- Психогенные параноиды Встречались у 12% больных реактивными психозами. Содержание бреда черпалось из пережитой ситуации.

5. Не было обнаружено тенденции к росту шизофрении в период ВОВ. Так, в 1939 на 10тыс.населения приходилось 10,1случаев шизофрении (Москва), а в 1944г.-8,4 (Г.Г.Каранович, 1947).

Уникальны наблюдения психологов-клиницистов и психиатров за мирными жителями блокадного Ленинграда. Специфическими особенностями этой популяции были:

- Физическое истощение, вызванное недоеданием
- Специфические военные переживания, связанные с блокадой, налетами на город и обстрелами
- Тревога за близких и перенапряжение

Большая часть населения была невротизирована. По мнению В.Н.Мясищева (1948, 1960), в большинстве случаев физическое истощение вызывало пограничные психические расстройства, которые он описывал следующим образом: «Подавляющее большинство нервно-психических нарушений при истощении отнесено к пограничным формам с заострением черт личности, психопатизацией и явлениями церебральной астении. Истощение характеризуется ослаблением психической деятельности, проявляется раньше всего в ослаблении мыслительных процессов и сужении круга интересов, в регрессе высших волевых механизмов».

В связи с тем, что в советской психиатрии того периода использовались иные, чем за рубежом, диагностические стандарты, сопоставить данные отечественных и иностранных исследователей крайне сложно.

Необходимо отметить, что ***психические расстройства у участников боевых действий*** часто описывались зарубежными психиатрами в терминах : «военный невроз», «военная усталость», «боевое истощение», «посттравматический невроз», A. Kardiner (1941) выделил следующие ***симптомы «военного невроза»:***

- Возбудимость и раздражительность
- Безудержный тип реагирования на внезапные раздражители
- Фиксация на обстоятельствах травмирующего события
- Уход от реальности
- Предрасположенность к неуправляемым агрессивным реакциям

В лечебных учреждениях армии США во время второй мировой войны поступило около 1 млн. лиц с нервно-психическими заболеваниями, в том числе 64% с психоневрозами и 7% с психозами(W. Meninger, 1952).По данным S. Baker (1976) около половины военнослужащих были демобилизованы из армии США по нервно-психическим заболеваниям, из которых 70% составляли психоневрозы (цит. по А.Я.Александровскому и соавт., 1991).

Зарубежные психиатры стран – участниц второй мировой войны провели множество исследований, посвященных отдаленным последствиям войны, исследуя ветеранов и бывших узников нацистских концлагерей, депортированных и военнопленных.

Исследуя вопрос об ***отдаленных психолого - психических последствиях у ветеранов второй мировой войны,*** H.C. Archibald, R.D. Tuddenham (1965) обследовали их через 20 лет после ее окончания психологическими и клиническими методиками. Они выявили у ветеранов клинические симптомы «хронического военного невроза», во многом соответствующие современным диагностическим критериям хронического посттравматического стрессового расстройства. Исследователи также пришли к выводу, что с возрастом эти симптомы становятся все более отчетливыми. При помощи опросника MMPI были выявлены симптомы депрессии и истерии. Авторы нашли 47 элементов отличия клинических проявлений «травматического военного невроза» от невротических расстройств, не связанных с военной психотравмой. Blake A. et al. (1990) диагностировали посттравматическое стрессовое расстройство у 9% ветеранов второй мировой войны, которые лечатся в больницах непсихиатрического профиля. У ветеранов - пациентов психиатрических учреждений посттравматическое стрессовое расстройство было отмечено в 37% - 54% случаев (I.Rosen et al.,1989; A. Blake et al., 1990).

Эрнест Хемингуэй и Эрих Мария Ремарк очень ярко описали клиническую картину психических и поведенческих расстройств у своих героев, переживших войну.

Эрнест Хемингуэй (1899-1961) в 1918г. добровольно воевал на итальянском фронте в качестве санитара, в 1936 – 1937 годах воевал на стороне республиканцев в гражданской войне в Испании. Умонастроения «потерянного поколения» он отразил в произведениях, которые считаются одной из вершин современной литературы XX века. В 1954 году ему была присуждена Нобелевская премия по литературе. Блестящее описание развития посттравматического стрессового расстройства у лиц, переживших первую мировую войну, даны им в романе «Прощай, оружие!» (1929). В романе «По ком звонит колокол» (1940) он описал пережитые им события в испанской гражданской войне.

Эрих Мария Ремарк (1898 – 1970) – немецкий писатель, воевавший на фронтах первой мировой войны. Герои его произведений «Три товарища», «Черный обелиск», «Триумфальная арка» живут своим военным прошлым, бередящими душу воспоминаниями, которые потрясли их в окопах Западного фронта. Они одиноки, не могут приспособиться к миру и людям. Читая жизнеописания этих

ветеранов войны кажется, что почти все время идет дождь, преобладает осенний колорит, а вместо солнца светят фонари. Практически на каждой странице они жадно курят и пьют кальвадос, их посещают мысли о самоубийстве. В каждой книге описано столь типичное и практически однотипное поведение и психическое состояние героев, переживших ужасы войны, что литературоведы даже ввели в свой лексикон новый термин – «ремаркизм».

Во время второй мировой войны и после нее психиатры разных стран столкнулись с новой проблемой – лечением и реабилитацией узников нацистских концлагерей, депортированных и военнопленных.

Среди узников нацистских концентрационных лагерей были психиатры и психологи (в основном еврейской национальности, большинство которых до войны занимались психоанализом). Многие из оставшихся в живых после войны посвятили свою деятельность изучению и лечению бывших узников концлагерей.

Психоаналитически ориентированный психолог Э. Коэн (узник Освенцима, Дахау, Терезиенштадта) описал психологию концлагеря и его узников в диссертационной работе "Человеческое поведение в концентрационном лагере" (1954), выполненной в Утрехтском университете (E.A.Cohen, 1954). Он описал ***психологические реакции заключенных*** и разделил их три фазы:

1 – фаза первичной реакции (острые реакции страха и ужаса, аномальные переживания);

2 - фаза адаптации (апатия, переживание утраты будущего, регрессия к примитивным формам поведения);

3 – фаза апатии

Самоубийства, депрессивные реакции, психозы, истерические симптомы и неврозы в концлагерях были очень редки. Более того, в Освенциме уровень самоубийств среди охранников был в несколько раз выше, чем среди заключенных (В. Франкл, 1990; E.A.Cohen, Z. Lederer, 1953; P. Helweg – Larsen, H. Hjffmeyer, J. Kieler et al. 1952). V.A.Kral (1951) особо подчеркивает, что в условиях лагеря наступало улучшение тяжелых навязчивых неврозов, а Э.Коэн отмечал, что неврозы в узком смысле слова вообще не наблюдались [ ]. Типичными для узников концлагерей были психические расстройства, обусловленные хроническим недоеданием и дистрофией : ухудшение памяти и ослабление концентрации внимания, апатия и снижение либидо.

Что касается отдаленных последствий пребывания в концентрационных лагерях, то у бывших узников диагностировались следующие состояния (А.Франкл, А.Кемпински 1973, Л.Фишез, 1957, В.М.Морозов,1958):

- Синдром прогрессирующей астении, который развивался, как правило, в период возвращения к нормальной обычной жизни. Он отмечался в 65-75% случаев Обратимые астении чаще всего отмечались у лиц старше 45 лет. Тяжелые формы астении проявлялись приступами пароксизмальной, эмоциональной экмнезии.
- Преждевременное старение и смерть, которые исследователи связывали с органическим поражением мозга и недостаточностью надпочечников.

Около 50 % бывших узников нацистских лагерей умерли в течение 10 лет после освобождения.

- Невротические симптомы и ночные кошмары в образе концлагеря были выявлены у двух третей обследованных
- Примерно третья часть обследованных страдала хронической депрессией
- Чаще, чем в популяции наблюдались заболевания раком, развитие катаракты и глухоты
- Если в период нахождения в концлагере узник был ребенком или подростком, то многие оставались на той же стадии физического и психического развития, которого достигли в момент ареста.

Польский психиатр и философ Антон Кемпински (1918 – 1972), который сам пережил депортацию в нацистский концентрационный лагерь, описал специфические изменения личности у бывших узников концлагерей: чаще всего у них пониженное настроение, недоверчивое отношение к людям, повышенная возбудимость и раздражительность, своеобразный «лагерный аутизм», трудность в адаптации к мирной жизни, потеря перспективы.

Эти, на первый взгляд, разнородные симптомы и признаки, имели ряд общих параметров (этиология - пребывание в концлагере; в клинической картине доминирует специфическая прогрессирующая астения и раннее старение), которые позволили выделить новый диагностический таксон: ***синдром концлагеря (КЛ-синдром)***.

Виктор Франкл – всемирно известный психолог, психотерапевт и клинический психиатр с 1942 по 1945 был в концентрационном лагере Освенцим. Опыт этих страшных лет и смысл, извлеченный из этого опыта он отразил в книгах “Психолог в концентрационном лагере”, в которой описал психологию, психиатрию и психотерапию концентрационного лагеря. Он является создателем теории логотерапии и экзистенциального анализа, которые легли в основу новой психотерапевтической техники логотерапии, которую он применял при работе с узниками не только в концлагере, но и в мирной жизни.

8.1.3. Бомбардировки Хиросимы и Нагасаки

Не могу не остановиться на описании последствий одного из величайших и драматических исторических событий XX века – бомбардировки Хиросимы и Нагасаки в 1945 году. Японские ученые, обследовавшие через несколько десятилетий людей, выживших после бомбардировки, помимо расстройств экзогенно-органической природы обнаружили, что распространенность тяжелых психических расстройств в этой группе в 6 раз превышает популяционные показатели. У многих из них были диагностированы все признаки хронического посттравматического стрессового расстройства: бессонница, ночные кошмары, внезапные наплывы ярких, образных воспоминаний о взрыве (flashback), приступы паники, эмоциональные нарушения в виде вспыльчивости, повышенной раздражительности и гневливости, чувства вины и стыда, аутизация, «провалы» в

памяти, нарушение концентрации внимания (T.Nisikawa, S.Tsuki, 1961; Y. Ohta, K.Ueki , T.Otsuka et al., 1991).

Американский психоисторик Б.Мэзлиш исследовал психологические последствия атомной бомбардировки Хиросимы для населения США. Он описал эти последствия в виде феномена «всеобщего чувства страха» перед разрушением и геноцидом, который был распространен в 60-70 годы XX века в популяции населения США. Анализируя с точки зрения психоаналитической методологии доминирующие в обществе разговоры о гибели человечества от ядерной катастрофы, от загрязнения экологической среды и перенаселения, а также популярные среди молодежи увлечения новыми пророками с проповедями о конце света, автор приходит к выводу о массовом эмоциональном расстройстве с доминирующими симптомами страха.

Психоисторические корни этого явления он видит в чувстве всеобщей вины за бомбардировку Хиросимы, которая стала сильнейшей психотравмой для американского населения (G.Kren, L.Rappoport, 1976.) Б.Мезлиш описал следующие ***психологические последствия бомбардировки в Хиросиме для населения США:***

- Среди молодежи распространены мысли о достижениях науки и техники, как о потенциальных источниках смерти и разрушения
- Обвинение «преступного старшего поколения» и перекладывание на него ответственности за все беспорядки, происходящие в мире
- Всеобщее коллективное чувство страха, которое ассоциируется с фантазиями о геноциде. Этот страх проявился в молодежном экстремизме конца 1960 годов. Движение хиппи с этой точки зрения рассматривается, как реакция протеста против старшего поколения

Б Мэзлиш считает, что индивидуальный страх перед гибелью и разрушением под влиянием исторических событий приобретает специфическую форму «геноцидных фантазий», которые приобретают коллективный характер. Например, при некоторых землетрясениях и ураганах катастрофического характера, развивающихся внезапно (например, в г. Скополе , в Ивановской области) подавляющее большинство населения было уверено, что началась ядерная война. Санитарные потери в г. Скополе за счет психических расстройств, среди которых преобладали психогении, составили 10% численности населения города, а в Ивановской области психогенные расстройства отмечались практически у всех лиц, находившихся в зоне действия урагана. (Ю.А. Александровский с соавт., 1991).

А каковы последствия первой в истории человечества атомной бомбардировки для ее исполнителя, чье имя благодаря этому вписано в анналы истории, – для майора авиации США Клода Этерли?

Утром 6 августа 1945 года он сбросил бомбу на Хиросиму, которая уничтожила 200 тысяч человек. На родине он был окружен славой и признан героем.

Через короткое время у него возник «комплекс вины», появилось чувство соучастия в преступлении и потребность в искуплении. Он стал выполнять

тяжелую физическую работу и посылать деньги пострадавшим в Хиросиме. Периодически у него остро возникали приступы депрессии, страха, затем присоединились галлюцинаторные феномены. Этерли предпринимал попытки к самоубийству, неоднократно лечился в психиатрической больнице. Психиатр Мак Эрлой так описывает психический статус своего пациента: «Очевидный случай изменения личности. Пациент полностью лишен какого-либо чувства реальности. Состояние страха, возрастающее психическое напряжение, притупленные чувственные реакции, галлюцинации». Ему был поставлен диагноз «шизофрения» (А.Кемпински, 1998).

8.1.4. Войны во Вьетнаме и Афганистане.

Изучение исследований, посвященных анализу психолого-психиатрических последствий вьетнамской войны имеет для отечественных психиатров особое значение. Дело в том, что в советской психиатрии лишь единичные работы посвящены отдаленным последствиям исторических событий. (П.Б.Ганнушкин, 1927: В.М.Морозов, 1958). Все последствия войн и революций рассматривались без учета социальной составляющей этих исторических событий и описывались в рамках психогений. И лишь когда общество столкнулось с выраженными психическими и поведенческими расстройствами у ветеранов афганской и чеченской войн, у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС, у жертв терроризма и насилия, психиатры и психологи обратились к опыту коллег из других стран. По сути, современное представление о механизмах воздействия факторов, связанных со специфическими военными стрессорами, клинические и психологические симптомы, вызываемые ими, методы лечения и психокоррекции отдаленных психолого-психиатрических последствий были выявленыны и отработаны именно при изучении ветеранов Вьетнамской войны.

Кроме того, после второй мировой войны изменились представления о «военном неврозе». С 1952 года в американской классификации психических болезней DSM-1 появилась новая диагностическая категория – посттравматическое стрессовое расстройство . Поэтому все исследования ветеранов вьетнамской войны уже осуществлены по единым диагностическим стандартам DSM и считаются классическими при описании посттравматических стрессовых расстройств у участников военных конфликтов. Такой подход применяется в настоящее время и в отечественной психиатрии, где с начала 90-х годов количество исследований и публикаций на эту тему неуклонно возрастает.

По данным Американских центров исследования вьетнамского опыта в 1988 году около 15% ветеранов вьетнамской войны страдали классическим ПТСР и около 50% - имело частичные симптомы этого расстройства. К началу 90–х годов среди них покончили жизнь самоубийством 58 тысяч, т.е. столько же, сколько погибло во время самой войны, 497 тысяч страдают психическими и поведенческими расстройствами, 460 тысяч имеют конфликт с законом.

Описаны следующие ***симптомы, характерные для ветеранов вьетнамской войны:*** (T.Shat, 1973; T.Miller & E.Buchbinder, 1980; J.O.Brend & E.R. Parsons, 1985; M. Polner, 1968).

- Ночные кошмары
- Гиперакузия
- Депрессия, суицидальные мысли
- Навязчивые воспоминания о военных переживаниях
- Чувство вины и самобичевания, комплекс «вины» выжившего перед погибшим другом
- Ощущение себя «козлом отпущения»
- Приступы ярости и импульсивное поведение
- Агрессивное ожесточение и сопутствующее ему психическое оцепенение
- Психопатоподобное поведение
- Отчуждение от собственных чувств и от других людей
- Сомнения по поводу собственной способности продолжать любить других людей и верить им
- Рецидивы неприятных военных воспоминаний
- Мучительное чувство вины, связанное с убийствами
- Недоверие , вызванное потерей веры к лицам, представляющим власть.

До сих пор ведутся дискуссии о том, имеются ли специфические психолого-психиатрические феномены, характерные только для ветеранов вьетнамской войны . Ряд авторов считает, что ветераны демонстрируют те же симптомы, что и ветераны иных войн, другие исследователи отмечают специфику их переживаний, отмечая, что наиболее типичными для них симптомами являются склонность к насилию и психопатоподобные проявления. Следует отметить, что эти симптомы зафиксированы и у ветеранов второй мировой и корейской войн, хотя и в меньшей степени. Приверженцы специфических проявлений ввели в психиатрию понятие «вьетнамский синдром».

Вьетнамская война была, пожалуй, первой войной, где психиатры изучали ее воздействие не только на солдат и мирное население, но и на медицинских работников. E.Norman (1988) обследовал военных медсестер , которые служили во Вьетнаме в период с 1965 по 1973 годы . Он выявил, что военные переживания медсестер носили смешанный характер: иногда неприятные и печальные, иногда приятные и счастливые.

В первые 2-3 года возвращения к мирной жизни они избегали встреч с бывшими ветеранами, не смотрели фильмы и передачи о войне, избегали разговоров на темы войны. Но в тоже время их преследовали навязчивые воспоминания об ужасах Вьетнама.

Спустя 15 лет после окончания войны 25% медсестер имели выраженное ПТСР, а 75% - симптомы ПТСР низкого и среднего уровня. В целом, у военных медсестер обнаружилась закономерность, характерная и для военнослужащих:

выраженность и тяжесть протекания ПТСР прямо коррелирует с тяжестью и интенсивностью боевых действий, в которых они участвовали.
Психолого-психиатрические последствия войны в Афганистане аналогичны описанным выше. Л.Ф.Шестопалова в 1999году исследовала 50 участников боевых действий в Афганистане и выявила, что ПТСР имело место у 24% из них, отдельные признаки ПТСР - у 31% и только у 45% ветеранов симптомы ПТСР отсутствовали.
Практически у всех исследуемых имелись те или иные трудности в их социально-психологическом функционировании. Полная социально-психологическая адаптация была выявлена только у 12% ветеранов афганской войны, частичная – у 64%, дезадаптация – у 24% исследуемых. Состояние социально-психологической дезадаптации ветеранов характеризовалось высоким уровнем тревожности, сниженным фоном настроения, повышенной конфликтностью и раздражительностью, высокими показателями конфликтности и агрессивности, низкими адаптивными ресурсами личности, выраженной социальной фрустрированностью, низким уровнем нервно-психической устойчивости и неудовлетворенностью семейными отношениями.

8.1.5 Авария на Чернобыльской АЭС

Чернобыльская катастрофа является крупнейшей техногенной катастрофой XX века. Спустя десятилетие с момента аварии психическое состояние у 68,95% ликвидаторов соответствовало посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР), у 42,5% - имели место интеллектуально–мнестические нарушения, у 13,9% - депрессивные расстройства и суицидальное поведение, у 87,7% - алгические расстройства. В подавляющем большинстве случаев были диагностированы многочисленные сопутствующие психосоматические расстройства. У каждого третьего ликвидатора был выявлен хронический алкоголизм, 10% среди умерших завершили жизнь самоубийством.

Долгосрочное исследование 7–тысячной популяции лиц, проживающих в течение этого времени на территориях, загрязненных в результате аварии, выявило, что в течение десятилетия уровень невротических и психосоматических расстройств остается стабильно более высоким, чем среди других групп населения на так называемых “чистых” территориях. И если в первые годы в клинической картине невротического синдрома доминировала тревога, то спустя 10 лет в психическом статусе преобладали эмоции подавленности и апатии, что свидетельствует о “хронификации стресса” и включении невротических механизмов психологической защиты, особенностью которых является ориентировка на фатальную оценку ситуации
В отдаленном периоде после аварии (свыше 10 лет) у пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы среди психических расстройств

преобладали патологическое развитие личности (психосоматическое, органическое и посттравматическое стрессовое) и хроническое изменение личности (В. А. Рудницкий и соавт., 1995; Г.М.Румянцева и соавт.,1995; Н. С. Седина, В. И. Осетрова, 1995; И. Р. Семин и соавт., 1995; В. В. Архипов, 1996; Г. Я. Пилягина, 1998; А.К.Напреенко, К.Н.Логановский, 2001; С.И.Табачников и соавт.,2001).

Проведенные нами психолого–психиатрические исследования ликвидаторов аварии на ЧАЭС, подробно описанные в монографии «Кризисные состояния» (Л.Н.Юрьева, 1998), выявили следующие особенности их душевного состояния.

- Авария на ЧАЭС — это историческое событие, которое стало для ее ликвидаторов и лиц, вовлеченных в эти события, биографическим и повлияло на их дальнейшую судьбу и мировосприятие. События, связанные с этой аварией спустя десятилетие остаются самыми актуальными в жизни ликвидаторов, а у большинства - они происходят в психологическом времени "сейчас".
- Временная ориентация личности после пережитой техногенной катастрофы искажена: деформирована длительность временных интервалов, психологическое прошлое трансформировалось в психологическое настоящее и занимает слишком большое место в жизни.У всех исследуемых выявлена деформация картины жизни и изменение жизненной перспективы. У них сужены "горизонт бытия" и зона психологического будущего. Психологический возраст ликвидаторов гораздо старше биологического. Будущее для ликвидаторов становится неопределенным, теряет свои четкие очертания; в ряде случаев перспектива будущего разворачивается в оскудевшем виде, не соответствует преморбидно сложившимся планам и ожиданиям. Это одно из наиболее драматических противоречий их новой жизненной реальности.
- Психический статус исследуемых характеризовался ипохондричностью, усталостью, потребностью в отдыхе, желанием достичь личного и социального благополучия, одиночеством. Вместе с тем, у них выявлена завышенная самооценка, эгоцентризм со стремлением к лидерству, несоответствие между уровнем притязания и реальными возможностями, завышен индекс агрессивности и проекции. Преобладали невротические механизмы психологической защиты, среди которых доминировали механизмы вытеснения, рационализации, проекции и "бегства в болезнь". Выявлены также

явные признаки ***кризиса середины жизни***: нереализованность, опустошенность и бесперспективность.

- Выход из сложившейся ситуации каждый четвертый из обследованных видит в суициде, каждый третий не видит смысла жизни, а 40% ликвидаторов аварии на ЧАЭС оценивали свою смерть как позитивное событие, которое принесет облегчение и разрешит их жизненные проблемы.

- При анализе динамики отношения ликвидаторов к стрессогенному событию (Чернобыльской катастрофе) было выявлено, что на второй стадии отношения к стресс–событию (ожидание возможных последствий аварии в виде болезней и смерти) находится 50% исследуемых , на третьей (осознание отдельных происшедших последствий) — 25% и лишь 25% на четвертой (чувство, что последствия аварии исчерпаны). Даже спустя десятилетие, не было выявлено лиц, для которых факт участия в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС утратил актуальность, обесценился и не играл бы существенной роли в жизни .

По видимому, рассмотрение аварии на ЧАЭС только с позиций радиационной катастрофы не достаточно, так как психотравмирующий эффект Чернобыля является не столько последствием самого взрыва, сколько следствием психосоциальной травмы. Сравнительный психолого-психиатрический анализ психического здоровья ликвидаторов Чернобыльской катастрофы и участников военных действий (ветераны войны во Вьетнаме и Персидском заливе) показал аналогичные изменения в их состоянии . По мнению многих исследователей, уже в ближайшем будущем психологические последствия катастрофы могут затмить ее прямое биологическое действие (Й.М.Хавенар с соавт., 1993; В. Н. Краснов с соавт., 1993; Ю.А. Александровский, 1997; С.Мирный, В. Хазан, 2001).

8.1.6 Политические репрессии и преследования

Исторические события последних десятилетий в мире актуализировали проблему изучения психиатрических последствий пыток, похищений и репрессий. Кроме того, для отечественных специалистов этот вопрос особенно значим, так как многие советские люди пережили сталинские репрессии, последствия которых мы наблюдаем и сегодня.

В доступной отечественной литературе мне не удалось найти научных исследований, посвященных изучению психических и поведенческих расстройствах у репрессированных в период сталинизма. По понятным причинам, советская наука не занималась этой проблемой. Яркое художественное

описание психического статуса заключенных дано бывшим узником ГУЛАГа, лауреатом Нобелевской премии А.И.Солженициным в «Архипелаге ГУЛАГ»: «Философы, психологи, медики и писатели могли бы в наших лагерях, как нигде, наблюдать подробно и множественно особый процесс сужения интеллектуального и духовного кругозора человека, снижение человека до животного и процесс умирания заживо. Но психологам, попадавшим в лагеря, большей частью было не до наблюдений: они сами угожали в ту же струю, смывающую личность в кал и прах».

Психолого-психиатрические последствия физических и психологических пыток у политических заключенных в тоталитарных государствах, были описаны P.Vesti et al. (1992), обследовавших бывших заключенных из различных стран, поселившихся в Дании . Не смотря на широкую вариабельность и длительность пыток, всех исследуемых объединял социально-политических характер травмирующих факторов. У них были выявлены сходные психические и поведенческие расстройства и стадии нарушения психологического функционирования, что побудило исследователей обсуждать возможность выделения ***«синдрома жертвы пыток».*** Эксперты Всемирной Организации Здравоохранения признали целесообразным внесение данного синдрома в «Лексиконы психиатрии ВОЗ»(2001). Согласно определения ВОЗ для людей с ***синдромом жертвы пыток*** характерно недоверие, повышенная бдительность, обострение, связанного со стрессом заболевания, избегание сотрудников медицинских и социальных служб, низкая самооценка и признаки повреждение мозга.

Динамика развития психических и поведенческих расстройств у лиц, подвергшихся физическим и психологическим пыткам

- Ощущение крайней усталости, спутанность сознания и дезориентировка
- Возможны галлюцинации и явления деперсонализации и дереализации
- Тревога, депрессия
- Чувство вины, стыда, унижения, неверия
- Снижение самооценки , диссоциация, потеря перспективы
- Соматические симптомы
- Утрата ощущения принадлежности к человеческому роду

У лиц, подвергавшихся физическим пыткам, симптомы более выражены, чем у лиц, испытавших только психологическое давление.

Для отдаленного периода типичны следующие расстройства:

- Бессонница и ночные кошмары
- Тревога
- Депрессия
- Генерализованный страх
- Нарушение концентрации внимания и памяти
- Заторможенность реакций
- Ощущение общей слабости или сонливости

- Социальная отгороженность
- Соматические расстройства

Известный украинский правозащитник, автор заочной судебно-психиатрической экспертизы по делу генерала Петра Григоренко, первый советский психиатр, открыто заявивший о злоупотреблениях психиатрии в отношении политически неугодных лиц, С. Ф. Глузман 7 лет провел в лагерях и 3 года в ссылке. В его многочисленных книгах, статьях, выступлениях описаны специфические особенности психологии, характерные для политических заключенных брежневской эпохи, названной им «эпохой уставшего тоталитаризма» (С.Ф.Глузман, 1989, 1999).

В беседе с автором этих строк, Семен Фишелевич с позиции психиатра описал специфику взаимоотношений и динамику психологических изменений, наблюдаемых у диссидентов, находившихся в заключении в советских лагерях в 70-80е годы XX века. Эта специфика объясняется многими причинами, среди которых, прежде всего, не характерный для других категорий заключенных интеллектуальный и личностный рост узников, обусловленный с одной стороны общением с неординарно и свободомыслящими, много знающими и читающими сокамерниками, количество которых достаточно велико в популяции диссидентов, а с другой – существовавшей в то время в этих зонах возможностью заказывать через «Книгу почтой» книги и журналы из центральных библиотек.

С.Ф.Глузман описывает свое общение с Василем Стусом, который в камере читал немецкого поэта Рильке в подлиннике и переводил его на украинский язык, с Иваном Светличным, переводившим с французского,чья библиотека в зоне составляла около 1000 томов, рассказывает, как много книг и журналов выписывал и читал сам в то время. Самым большим наказанием у диссидентов считалось изъятие книг.

Среди психологических защитных механизмов, наиболее характерных для узников совести, он выделяет: сублимацию, которая выражалась в творчестве (многие начинали писать дневники, стихи, книги), рационализацию и фантазирование.Суициды были крайне редки, реакции протеста часто выражались в виде голодовок. Окончание срока и выход на свободу у многих вызывал «страх перед свободой» и нежелание туда возвращаться. Через 20 лет после освобождения в «Уроках Світличного» С.Глузман назовет жизнь в лагере „прозрачнее, яснее, слаще».

Последствия физического или психологического насилия испытывает не только жертва, но и вся семья.

Психолого-психиатрические последствия, характерные для членов семьи пропавших и репрессированных:

(P. Allodi & A. Rojas, 1985)

- Страх, тревога
- Депрессия
- Неуверенность в будущем
- Дезорганизация жизни

- Социальная аномия и изоляция от общества
- Постоянная неопределенность и отсутствие информации
- Часто перераспределение ролей в семье, возможны конфликты и деление на группы, разделяющие взгляды заключенного или отрицающие их.

Дети репрессированных имеют наиболее выраженные психиатрические и поведенческие расстройства.

Психолого-психиатрические последствия для детей, чьи родители были репрессированы, можно разделить на ближайшие и отдаленные. P. Allodi (1980), проанализировав реакцию таких детей из стран Латинской Америки, описал следующие симптомы, характерные для «острого периода» потери родителей:

- Социальная отгороженность
- Депрессия
- Интенсивный генерализованный страх
- Нарушение сна
- Аффективные и поведенческие расстройства
- Расстройства психологического развития
- Ухудшение поведения и снижение успеваемости
- Расстройства речи
- Возможна утрата ориентации и уход от реальности
- Сомато-вегетативные расстройства (в основном, нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта)

Выраженность этих симптомов коррелировала с возрастом ребенка, длительностью психотравмы, степенью социальной изоляции, убедительностью объяснений близкими «исчезновения» родителя.

Отдаленные последствия описаны в уникальных для отечественной науки исследованиях Е.Николаевой, В.Купчик и А.Сафоновой из лаборатории психофизиологии Сибирского независимого университета. Они изучили, как повлияли перенесенные в детстве потрясения на психику взрослых, ныне вполне благополучных людей, родители которых некогда были репрессированы. Исследования были проведеные в 1989-1990годах (И.Прусс, 1996). Были отобраны две группы, преимущественно из новосибирских ученых:

1группа, состояла из 41человека 1925-1939годов рождения. Родители этих людей были репрессированы в сталинский период.

2 группа (контрольная) соответствовала первой по количеству участников, возрасту и социальному положению, но в их биографии отсутствовал факт столь трагического столкновения с тоталитарной системой, хотя они и жили при ней.

Анализ полученных результатов выявил резкие отличия в группах и позволил констатировать, что трагические события детства глубоко запечатлены в психике людей и накладывают отпечаток на всю их дальнейшую жизнь. Они меняют способы реагирования на окружающий мир и искажают эмоциональную сферу. Лица, пережившие в детстве репрессии родителей, целенаправлено подавляют в себе негативные эмоции, вытесняют их из своего словаря и сознания, но те

прорываются из глубин психики в самый неподходящий момент- в ответ на положительный эмоциональный стимул.

Такого рода «инверсия эмоционального отражения» характерна для больных неврозами в стадии обострения и для психически здоровых людей, находящихся в сильном стрессовом состоянии. Но исследуемые лица на момент обследования не страдали неврозом и не переживали сильный стресс – они были вполне преуспевающими и благополучными людьми! Кроме того, опытная группа заняла более высокую, по сравнению с контрольной , позицию по шкалам вербальной агрессии и подавления враждебности, и продемонстрировала минимальную готовность к физической агрессии. Эти люди не могли отвечать «ударом на удар», даже если того требовала ситуация, в крайнем случае они могли выругаться.

И последнее: будучи взрослыми, дети репрессированных родителей значительно чаще имели хронические заболевания (в среднем по пять и более). Чаще всего у них диагностировались желудочно-кишечные заболевания, неврозы и астеноневротические синдромы, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца.

Автор этой книги имела уникальную возможность очень близкого общения с врачом – психиатром, у которой отец был репрессирован и погиб в сталинских лагерях. В момент ареста ей было 12 лет. Наша беседа состоялась спустя 60 лет после этого события. Несмотря на более чем полувековую давность, психотравма, полученная в детстве, была актуальна и в настоящее время.

Со слезами на глазах вспоминалось, как в пионерском лагере, узнав об аресте отца, ее тут же отселили в изолятор и оградили от общения с детьми. Как изощренно издевались над ней дети в школе: после каждого успешного ответа у доски она, возвращаясь к своей парте, видела кривые усмешки некоторых одноклассников, которые на пальцах изображали тюремную решетку. Как ее, отличницу и примерную ученицу, не приняли в комсомол. Как потом - всю жизнь – боялась, чтобы никто не узнал, что она дочь репрессированного. Боялась делать карьеру (так как назначение на высокие должности подразумевало подробнейшее изучение соответствующими органами биографии), боялась демонстрировать несогласие и отстаивать свои права (и на работе и дома), боялась навредить своей биографией детям и никогда не рассказывала им о судьбе их деда. И только после получения официального документа о невиновности отца (спустя 55 лет) рассказала им правду. Кстати, даже этот документ, подтверждающий невинность отца, был получен благодаря титаническим усилиям ее матери и мужа. Сейчас, спустя 60 лет, она часто видит кошмарный, стериотипно повторяющийся сон: по кривой, заброшенной улице довоенного периода, несут много гробов и нет конца этой процессии. Как психиатр, она проанализировала эти сновидения и пришла к выводу, что это отголоски рассказа ее матери о том, что в бараке, где находился ее отец, рухнули многоярусные кровати и погибло очень много заключенных, которых и несли по этой улочке.

Я привела примеры психолого-психиатрических последствий лишь наиболее крупных исторических драм XX века. К сожалению, этот список можно продолжить. В заключение хочу подчеркнуть, что деструктивные исторические события неминуемо влекут за собой психологические и психиатрические последствия. В последнем издании «Лексиконов психиатрии ВОЗ» (2001) даже выделено понятие «невроз жертвы», под которым понимают сохраняющуюся идентичность жертвы после психотравмирующего переживания вместо восстановления позитивной идентичности. Этот невроз наблюдается у воевавших ветеранов, жертв изнасилований, беженцев, заложников и жертв пыток.

Кроме того, психические и поведенческие расстройства наблюдаются не только у непосредственных участников трагических исторических событий; они патогенны также и для последующих поколений.

8.2. Посттравматическое стрессовое расстройство

В 1952 г. Американское психиатрическое общество включило в классификацию DSM 2 “реакцию на сильный эмоциональный и физический стресс”. Однако спустя 16 лет эта диагностическая категория была изъята из классификации и появилась вновь лишь в 1980 году под названием “посттравматическое стрессовое расстройство”.В последней международной классификации болезней (МКБ–10) выделена рубрика F43 — реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации.

Посттравматическое стресовое расстройство (ПТСР) возникает как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые способны вызвать дистресс почти у любого человека (катастрофы, войны, пытки, терроризм и т.п.). На протяжении жизни ПТСР переносит 1% населения, а у 15% могут возникнуть отдельные симптомы.

8.2.1. Факторы, потенцирующие риск развития ПТСР:

1. Психотравмы.

- Внезапно возникшая травма с радикалом агрессии и угрозой смерти (потенциальным риском физического уничтожения).
- Эмоциональная травма, сопровождаемая интенсивным напряжением
- Наличие психотравм в анамнезе

2. Социальные

Войны, революции, природные и техногенные катастрофы, терроризм, насилие и другие события или ситуации угрожающего и катастрофического характера, выходящие за рамки привычного человеческого опыта. Эти стрессовые события патогенны для всех участников событий.

3. Этнокультуральные

Осмысление проблемы жизни и смерти, тяжести греха и степени выраженности наказания и другие экзистенциальные вопросы решаются участниками исторической драмы в зависимости от их ментальности, религиозного и идеологического мирооззрения и являются очень важными факторами в развития ПТСР, так как играют ведущую роль в восприятии стрессовой ситуации. Например, среди всех ветеранов вьетнамской войны 15% страдали ПТСР, причем, среди негров - 21%, а среди солдат латиноамериканского происхождения – 28% (R.A. Kulka et al.,1990].

4. Психологические

- Характерологические особенности: эмоциональная неустойчивость, повышенная тревожность, незрелость личности.Среди детей – астенические черты характера (Ю.В.Попов, В.Д.Вид, 1998).
- Моральная обстановка, сопровождающая стрессовую ситуацию.

Установлено, что число лиц с ПТСР меньше среди тех участиков военных и иных травмирующих ситуаций, которые были убеждены в правоте дела, за которое они боролись, верили своим командирам и руководителям и сделали четкий выбор между основными моральными ценностями («сражаться или бежать», «защищать или нет», «бороться до последней капли крови» и т.п.). Способствуют формированию ПТСР моральная травма и моральный шок, которые возникают при потери товарища («это могло случиться со мной»), необходимости воевать с детьми и женщинами, потере доверия к командирам и т.п. (H.Dazberg, 1976].

- Психологические реакции в виде чувства вины перед погибшими («синдром выжившего»), чувства вины за содеянное, крушение прежних идеалов и представлений о людях, мире и власти (V.Charlot, 1992).
- Разрушение норм, иерархии ценностей и самооценки личности, на базе которых строится представление о себе и своем месте в мире (F.Weil, 1985).

5. Личностные и поведенческие расстройства:

- Акцентуации личности. Среди лиц с ПТСР около 65% имели различные акцентуации в преморбиде, среди которых преобладали истероидный, тревожно-мнительный, сенситивный, гипертимный, неустойчивый, конформный и эпилептоидные типы.
- Нарушения поведения в детстве и низкий уровень развития
- зависимое поведение

6. ***Медицинские факторы***

- Наличие родственников, страдающих психическими расстройствами и алкоголизмом.
- Психическое расстройство в анамнезе
- Органические заболевания ЦНС (травмы черепа, нейроинфекции и т.п.)
- Соматическая патология

- Ослабленный организм (недоедание, депривация сна и т.п.).

7. ***Демографические факторы***

- Дети, подростки, пожилые люди

8. ***Ситуация после завершения психотравмирующего эпизода***

- Социальное пренебрежение или отторжение участников боевых действий, ликвидаторов и т.п.
- непризнание заслуг

У лиц, переживших психотравмирующую ситуацию повышена чувствительность к социальному одобрени своих действий.

Факторы, лимитирующие развитие ПТСР (N.C.Andreasen, 1980; L.J.West, K.Coburn, 1984; A.C. MacFarlane, 1988).

- Способность к своевременной интеграции травматического опыта других в свою жизнь
- Способность человека к эмоциональному самоконтролю
- Наличие адекватной самооценки
- Наличие хорошей социальной поддержки

8.2.2. Диагностические критерии ПТСР:

- травмирующее событие;
- начало расстройства после латентного периода, следующего за травмой (от нескольких недель до 6 месяцев, но иногда и позже);
- вспышки воспоминаний (“flashbacks”), повторяющие психотравмирующие события. Они могут появиться спустя десятилетия. Описан случай, когда у ветерана корейской войны, спустя 40 лет, имел место “flashbacks”–эффект, возникший в момент, когда по телевизору показывали летящий вертолет, звук которого напомнил ему военные события;
- актуализация психотравмы в представлениях, снах, кошмарных сновидениях;
- социальное избегание, дистанцирование и отчуждение от других, включая близких родственников;
- изменение поведения, эксплозивные вспышки, раздражительность или склонность к агрессии. Возможно антисоциальное поведение или противоправные действия;
- злоупотребление алкоголем и наркотиками, особенно для снятия остроты болезненных переживаний, воспоминаний или чувств;
- депрессия, суицидальные мысли или попытки;
- острые приступы страха, паники;
- вегетативные нарушения и неспецифические соматические жалобы (напр., головная боль).

У значительной части лиц ПТСР хронифицируются. Кроме того, при ПТСР довольно часто диагностируются коморбидные расстройства.Так, J.H.Shore et al.

(1989) у 29% больных ПТСР наблюдали проявления депрессии, у 28% - признаки генерализованного тревожного расстройства, у 12% - фобии, у 10% - зависимость от алкоголя .

Разрушение прежних представлений о себе, об окружающем мире и своем месте в нем, крах прежних идеалов способствуют выстраиванию невротических защитных механизмов , которые могут проявляться как непосредственно в момент агрессии, так и на более позднем этапе. E. Weil (1985) описывает следующие защитные механизмы при ПТСР:

- Истерические реакции с припадками, диссоциативной картиной (потеря сознания, памяти); с проявлением подавления эмоций в физическом симптоме (истерические слепота, глухота, паралич).
- Навязчивые реакции в виде ритуальных заклинаний или действий в период надвигающейся угрозы.

Необходимо отметить чрезвычайную важность проблемы социально-психологиченской адаптации у лиц, перенесших ПТСР, которая остается актуальной не только в первые годы после перенесенного травматического события, но и по прошествии десятилетий.

8.2.3. Принципы терапии и коррекции ПТСР

1. Немедленное начало лечения после психотравмы в целях предотвращения развития хронической формы ПТСР (F. Weil, 1985)
2. Комплексное, многолетнее лечение , включающее фармакотерапию и психотерапию.
3. Индивидуальная психотерапия

Основная задача: помочь пациенту осознать истинную природу его проблемы, добиться разрешения внутренних конфликтов и жизненного кризиса. Разработан подход психотерапевтического обучения, который включает в себя шесть компонентов: (А.Н.Краснянский,1993; P.Meichenbaum, R.Novaco, 1978; D.Girdano, G. Everly, 1979)

- Коррекция наиболее часто встречающихся ошибочных представлений относительно стрессовой реакции
- Предоставление пациенту информации об общей природе стрессовой реакции
- Фокусировка на роли чрезмерного стресса в развитии заболевания
- Приведение пациента к самостоятельному осознанию проявлений стрессовой реакции и характерных симптомов ПТСР
- Развитие у пациента способности к самоанализу, для идентификации характерных для него стрессоров
- Сообщение клиницистом пациенту о той активной роли, которую он играет в терапии чрезмерного стресса

Важно обучить пациента методам релаксации, так как чувство тревоги и напряжения очень часто сопровождает их длительное время после травмы.

4. Групповая психотерапия

Основная задача: помочь больному справиться с чувством вины, состоянием беспомощности и бессилия, эмоциональным отчуждением, раздражительностью, гневом и обрести потерянное чувство контроля над окружающими, состоянием беспомощности и бессилия. Очень важны группы поддержки, в которой пациенту помогут глубже разобраться в значении травматического события и его последствий. Например, в США многие годы существуют группы поддержки ветеранов вьетнамской войны, в Киеве – группа для жертв насилия.

5. Семейная психотерапия.

Необходимо рассказать родственникам о клинических признаках ПТСР, о переживаниях и чувствах больного, о принципах поведения родственников в данной ситуации. Обязательно необходимо проинформировать их о длительности течения этого заболевания и о возможном “flashbacks”–эффекте. С близкими родственниками также необходимо проведение психотерапевтических сеансов, ибо очень часто поведение больного может способствовать развитию у них пограничных психических расстройств.

6. Супружескую психотерапию

Основная задача: помочь супругам приспособиться к тем изменениям, которые произошли для обоих. При ее проведении необходимо учитывать сексуальные проблемы ветеранов, связанные с их военным прошлым.(гомосексуальное поведение в изолированных военных зонах, насилие женщин на оккупированных территориях, перенесенные венерические заболевания, связь с проститутками и т.п.).

7. Социально-историческая коррекция

Основная задача: Купирование переживаний и реакций протеста против общественного пренебрежения.

Пути достижения: Обсуждение исторической ситуации и признание заслуг ветеранов в средствах массовой информации, социальное одобрение участников военных действий, стимуляция их социальной активности и востребованности.

Глава 9. Психические эпидемии

«Оказавшись частью массы, человек чувствует, ведет себя и действует совершенно не так, как это было ему свойственно, пока он был самим собой и придерживался определенных историко-культурных традиций. Теперь это автомат, лишенный воли, но наделенный сознанием бесконечно возросшего могущества. «Скептик становится верующим, честный человек – преступником, а трус – героем».

Карл Ясперс «Общая психопатология».

9.1. Исторические сведения о массовых психозах

Взаимосвязь эпохальных исторических событий с душевным состоянием населения интересовала ученых давно. Подробно феномен массовых психозов был исследован и описан социологами, психиатрами и психологами в конце XIX – начале XX века, хотя случаи психических эпидемий в «смутные времена» были неоднократно описаны гораздо раньше. В странах Западной Европы в XIV-XV веках был широко распространен мистицизм, вампиризм, бесоодержимость, в XVI-XVII веках-эпидемии религиозного бреда (демономания, шабаши, пророчествование, теомания), в XIII веке – массовые истерические припадки, аскеза, самобичевание, кликушество.
Во второй половине XIX века, изучая влияние французской революции на душевное здоровье населения, Belhomme ввел в психиатрию понятие «политический психоз» - folie polytique. Однако не все ученые разделили его точку зрения. Эскироль и В.Гризингер не выявили достоверного влияния революционных событий на увеличение числа психически больных. В.Гризингер (1881) писал: «большие политиченские перевороты, по-видимому, имеют гораздо меньшее влияние на частоту душевных болезней, чем это можно ожидать a priori».
Новым импульсом к изучению проблемы влияния революционных эпох на душевное здоровье населения послужила революционная ситуация 1905года в России. Первый психоисторический анализ был сделан в годы первой русской революции 1905 года. Анализируя ее психолого-психиатрические последствия, видный русский психиатр Ф.Е.Рыбаков в 1906 году опубликовал работу «Душевные расстройства в связи с последними политическими событиями», в которой обосновал причинную связь между историческим событием (революцией) и психическими расстройствами. Он описал у лиц, наблюдавших (особенно пассивно) и участвующих в этих событиях, такие феномены, как тревога, страх, «подавленность в действиях», острый бред и другие расстройства. В дальнейшем у этих людей наблюдались изменения характера. С.Ярошевский в работе 1906 года отмечал, что более серьезными формами психической патологии заболевали люди, активно участвующие в политических событиях. Профессор В.Ф.Чиж (1908) , анализируя проблему значения политической жизни в этиологии душевных заболеваний, пришел к выводу, что политические волнения не имеют никакого влияния ни на число, ни на течение психических расстройств.
Некоторые психиатры рассматривали проблему в другом ракурсе. Они попытались проанализировать, как соотносится диагноз психического заболевания с участием в политической деятельности в периоды революционных преобразований. В.И. Яковенко настаивал на том, что лица с неврастенией и истерией чаще всего присоединяются к здоровым, новаторским течениям, а эпилептики, лица со сниженным интеллектом и старческим слабоумием присоединяются к консервативным течениям. Этот тезис опроверг В.Ф.Чиж, который привел примеры из собственной практики, показывающие , что «к здоровым, новатосрским силам» присоединялись больные шизофренией, паранойей, эпилепсией и алкоголизмом. Нельзя не отметить, что в этот период в

психолого-психиатрической литературе было очень много статей на эту тему. О влиянии историечских событий на психическое здоровье рассуждали не только ученые, но и практические врачи. Сведения были противоречивые, порою взаимоисключающие друг друга.

Проблема была столь злободневной, что в 1910 году профессор В.П. Осипов, выступил с докладом «О политических или революционных психозах» в Императорском Казанском Университете. Он проанализировал многочисленные статьи, в которых были описаны случаи развития душевныхз заболеваний, причинно связанные, по мнению авторов, с событиями 1905 года в России, и свои наблюдения 72 случаев. Он пришел к следующим выводам:

1. Этиологическая связь между революционными событиями и развитием душевного расстройства не выявлена. В некоторых случаях они потенцируют развитие психозов и иных психических заболеваний. Нередко фабула бреда отражает исторические события (хотя это не является жесткой закономерностью).
2. «Политические или революционные психозы» развиваются у лиц, наследственно предрасположенных к душевным расстройствам и подвергшихся действию психической травмы, обусловленной политическими событиями.
3. Заболевают как активные, так и пассивные участники событий. Большее количество заболевших среди пассивно участвующих объясняется их большим количеством по сравнению с активноучаствующими.

Резюмируя свои исследования, В.П.Осипов пришел к выводу, что «смутная эпоха»,несомненно, увеличивает количество факторов, неблагоприятно действующих на душевное состояние населения. Логически допустить, что число душевно больных в ближайшее к этой эпохе время должно увеличиться «но отсутствие статистики не позволяет сделать достоверных выводов.

Психические эпидемии в России и Украине в исторические периоды, связанные с революциями 1905г. и 1917 годов описывались И.М.Балинским, В.М.Бехтеревым, И.А.Сикорским. В рамках массовых психозов того времени они изучали «загадочные явления общественной жизни» - колдовство, бесоодержимость, порчу, кликушество, массовые суициды, массовую водобоязнь, икоту, судорожные подергивания. Они пришли к выводу, что истерическая симптоматика является стержневой в клинической картине этих состояний. И.А.Сикорский (1893) описал «психопатическую эпидемию» 1892 г. в Киевской губернии – «малеванщину», названную по фамилии ее адепта К.Малеванного – психически больного, лечившегося в Казанской окружной больнице. Жители деревень, следуя его идее о «безграничном счастье для людей перед концом света», продали дома и имущество, бросили свои привычные занятия и начали веселиться и пребывать в праздности, ожидая «светопредставление».

Кроме того, выявленная связь «групповых психоконтагиозных вспышек» с социально-экономическими факторами подтвердилась и современными исследователями (Ю.И.Полищук, А.М.Шерешевский,1980; И.И.Щиголев, 1995;)

Ярким примером является развитие мистико-магического мышления в различных слоях общества. Если для аристократической и интеллигентной части населения России XIX века был характерен оккультизм (спиритизм, месмеризм, столоверчение и т.п.), то для необразованного слоя общества – колдовство, кликушество, самоубийства. На рубеже XXI столетия большая часть населения страны проявила повышенный интерес ко всему иррациональному, мистическому, необъяснимому с позиций господствующей в сознании материалистической идеологии (экстрасенсорике, ясновидению, явлениям полтергейста, «контактам с инопланетянами» и т.п.).

9.2. Признаки массовых психических эпидемий.

Определение понятия массовых психических эпидемий и описание их признаков дал известный русский психиатр В.Х.Кандинский в своей работе «Нервно-психический контагий и душевные эпидемии» (1881г.).

Массовые психические эпидемии – это моральное и интеллектуальное движение масс, принимающего форму резкого душевного расстройства с рядом одинаковых действий, охватывающих сразу массы людей, независимо от их воли.

Признаки массовых психических эпидемий.

- Психопатологическая захваченность состоянием, идеей, действием, которая неподконтрольна волевой регуляции и доходит до одержимости, до фанатизма.
- Распространяемость этих массовых состояний и действий социально-психологическим способом (заражение, внушение, подражание, имитация).
- Пребывание участников в состоянии экзальтации и экстаза, обусловленного физическим и психическим истощением . Под *экзальтацией* В.Х.Кандинский подразумевает глубокое, постоянное сосредоточение мысли на одном пункте и совершение действий под влиянием этой мысли и чувства. *Экстаз* он описывает как состояние транса, когда вся душевная жизнь сосредоточивается на одной идее или чувстве настолько, что вытесняет реальные события. Это состояние сопровождается иллюзиями или галлюцинациями, выражением ужаса или восторга на лице.

Основным механизмом возникновения массовых психических эпидемий считается механизм заражения, который регулирует процесс контагиозности. Контагий (от фр. contagion – зараза) - это способность к имитации, способность приходить в унисон с остальными; под «духовной контагиозностью» понимают заразительность настроением (радость, грусть, жестокость, страх, геройство, любовь и т.п.). «Заразительность идеи, -писал В.Х.Кандинский,- тем больше, чем больше она способна экзальтировать, чем больше она возбуждает те чувства и страсти, к которым расположены массы в данное время».

9. 3. Факторы, потенцирующие развитие психических эпидемий.

Анализ немногочисленных работ, посвященным условиям начала массовых психический эпидемий позволил выделить предпосылки для их возникновения (В.Х.Кандинский,1881; А.А.Токарский, 1893; Н.В.Краинский,1900; П.И.Якобий, 1908; В.М. Бехтерев, 1994; Е.Ю. Боброва, 1997).

Факторы, санкционирующие развитие психических эпидемий .

1. Исторические.

Войны, революции, крупномасштабные и неожиданные социально-политические реформы являются основным «пусковым» фактором исторического поведения и способствуют распространению в обществе большого количества лиц с психопатическим и невротическими расстройствами, то есть наступлению ситуации массовой дезадаптации. В результате исторических перемен формируется специфическая «психическая атмосфера эпохи». Социальные психологи называют такую эпоху – невротической.

Невротическая эпоха — историческая эпоха, характер и атмосфера которой определяются массовым распространением исторического невроза, преобладанием невротического стиля деятельности и общения. . Невротическая эпоха характеризуется низкой продуктивностью совокупной социальной деятельности и неравномерностью развития различных сфер социальной деятельности.

2. Социально-экономические.

- Резкое снижение уровня жизни населения, приводящее к физическому и нервному истощению. Зависимость между эпидемией религиозного бреда и периодом экономической депрессии и упадка в стране описал А.А.Токарский: «при таких условиях в людях легко возрождается с небывалой силой идея обращения к Богу».
- Стремительное изменение социальных приоритетов, норм, ценностей, ведущих к аномии и тотальному безверию декларируемым ценностям.

3. Культуральные.

Для возникновения массового психоза в современном обществе особую важность приобретает коммуникативная культура. Средства массовой информации в значительной мере определяют форму и тип массового поведения. Телегипноз психиатра Кашпировского, заряжение кремов Чумаком, постоянные показы по телевидению ясновидящих, экстрасенсов «контактеров», статьи о полтергейсте, об общении с потусторонними силами и т.п. – вот далеко неполный перечень самых рейтинговых телепередач и статей в прессе в странах бывшего СССР на закате XX века.

4. Психологические

- Повышенная внушаемость населения
- снижение образовательного уровня, сужение кругозора, ограниченность интересов
- аффективно насыщенный массовый интерес населения к определенным идеям, символам, сюжетам, личностям, что способствует распространению определенного состояния и поведения в популяции

- наличие «очага заражения», «эмоционального лидера» - яркого, харизматического лидера – индуктора. Э.Дюркгейм отмечал, что явления психического индуцирования более всего заметны вокруг столиц и больших городов. Этот феномен он назвал «фактором морального авторитета больших центров».

5. Психические и поведенческие расстройства
- Психопатизированные личности
- Массовые личностные расстройства невротического характера (исторический невроз)
- Лица с декомпенсированными патологическими реакциями и акцентуированные личности
- Соматоформные расстройства, психическая и физическая астения
- Лица с тревожными расстройствами и зависимым поведением
- Психически больные

Анализируя психологические особенности участников массовых психических эпидемий, нельзя не отметить специфические личностные и психические особенности как лидеров, так и участников этих действий.

Как правило, лидеры являются выразителями массовых невротических потребностей и являются образцом поведения в трудной ситуации, что компенсирует невротическую неуверенность ее участников. Один из первых исследователей феномена толпы Густав Лебон считал , что среди ее лидеров чаще всего встречаются акцентуированные по истероидному, гипертимному и паранойяльному типу личности, К.Г.Юнг называет таких людей «латентными психотиками». «Их душевное состояние соответствует коллективному возбуждению группы людей, охваченных эмоциональными предрассудками и фантастическими чаяниями. В этой среде они чувствуют себя на высоте, они знают язык таких состояний и умеют говорить на нем». Хрестоматийным примером такого лидера является Адольф Гитлер.

Участники массовых действий в большинстве своем представлены лицами с невротическими расстройствами. Причем, длительное влияние стрессогенных факторов в неблагоприятной исторической ситуации вызывает специфические нарушения личности, которые Е.Ю.Боброва обозначила как исторический невроз. Подробная характеристика этого состояния представлена в главе 5.

Хрестоматийным примером описания массовых психических эпидемий является опубликованная в 1906 году книга О.Кабанеса и Л.Насса «Революционный невроз», в которой проанализирована французская революция с социально-психологических позиций.

Психолого-психиатрическую атмосферу того времени авторы характеризовали терминами «заразительный, панический страх» и «садическое безумие», сопровождающееся садизмом, убийствами и каннибализмом; феномен презрения к смерти и эпидемия самоубийств и алкоголизма во время террора; коллективный мистицизм с «идолопоклонством, фанатизмом и стремлением обращать политические принципы в религиозные догмы». Наблюдения Филиппа Пинеля

(1829), который описал увеличение частоты маниакальных состояний в период французской революции, также подтверждают связь исторических событий с возникновением психических расстройств .В его трактате по психиатрии приводится множество примеров психогенно спровоцированных психозов.

О. Кабанес и Л.Насс приводят факты, подтверждающие их мысль о коллективном неврозе революционного времени. В этот период отмечался нравственный и интеллектуальный регресс, освобождение низменных потребностей и патологических влечений, эпидемии панического тотального «Великого страха». Общественный панический страх, столь характерный для эпохи Вольтера и Дидро, вновь пробудился в период революции во Франции. «Homo homini – lupus est» (Человек человеку-волк). Это изречение Плавта как нельзя лучше характеризовало отношения между людьми в эпоху революций.

«Утром народ стремился смотреть, как летят головы под ножом гильотины, а вечером искал других зрелищ и переполнял сады и театры. В самый разгар террора все увеселительные заведения делали полные сборы».

Следует отметить, что, по-видимому, О.Кабанес и Л.Насс впервые дали гендерный социально-психологический анализ революционных событий , посвятив ему главу «Женщины перед эшафотом». С социально-психологической точки зрения они так характеризовали роль женщин в революции: «Женщина участвует в революции реже в качестве отдельной личности, чем в качестве деятельной и воодушевленной части народной толпы. Они превосходят мужчин храбростью, самопожертвованием, жестокостью, исступленностью и изуверством; они гораздо стремительнее мужчин становятся жертвами невроза,присущего эпохам, подверженным бурям…». Женщины «жаждут любви накануне смерти. Они ищут земного рая и сама ночь перед казнью превращается подчас в ночь свадебных любовных восторгов. Любовь и смерть братаются здесь ежечасно…Когда судьба каждой из них уже решена, ни одна не проявляет более ни страха, ни малодушия, все идут на эшафот мужественно, с достоинством, с какой – то, иногда неземной, радостью на лице» (С.356-359).

Описанные О.Кабанесом и Л.Нассом социально-психологические последствия великой французской революции (1789-1794), были типичными для всех революций. Может быть, поэтому изданная в разгар первой русской революции 1905-1907гг.книга «Революционный невроз» повторно переиздана в России лишь через 92 года (в 1998г.).

Однако революции отражались не только на психическом состоянии населения, но и на организации психиатрической службы.

Ярким примером может служить все та же великая французская революция, которая проникла и в казематы «сумасшедших домов». В 1793г. Филипп Пинель (1745- 1826) был назначен врачом в Бисетр –старинное аббатство на окраине Парижа, где на цепях содержались преступники, психически больные, проститутки и бродяги. Крики и вой больных, десятилетиями прикованных цепями, столь характерные для психиатрических больниц того времени, встретили нового главного врача.

В этот период во Франции уже была принята Декларация прав человека и гражданина (1789г.), во многом отражающая идеи духовного отца французской революции Жан Жака Руссо и других французских философов-просветителей. Именно в Бисетре Филипп Пинель впервые снял железные наручники с психически больных. Начиналась новая эпоха в истории психиатрии, первые шаги которой запечатлены на картине Робера Флери, посвященной снятию цепей в Сальпетриере.

Анализируя ситуацию сегодняшнего дня, во многом напоминающую описанную выше, невольно вспоминаю слова Н.Бердяева, написанные в начале XX века: «День истории перед сменой ночи всегда кончается великими потрясениями и катастрофами, он не уходит мирно… Новым средневековьем я называю ритмическую смену эпох, переход от рационализма новой истории к иррационализму или сверхнационализму средневекового типа».

Глава 10. Религиозные неокульты и их психодинамика.

«Можно, пожалуй, считать, что способность принимать на веру даже самый грубый абсурд поразительным образом увеличивается в современном человеке. Он так легко поддается суеверию. Но там , где есть суеверие, победить может только вера, не наука»

К.Ясперс «Смысл и назначение истории»

10.1. Фанатизм и факторы, способствующие его формированию.

Проблема фанатизма в 90-е годы приобрела чрезвычайную актуальность в связи с религиозным бумом конца 80-х - начала 90-х годов в странах бывшего СССР. До перестройки психиатры тоже изредка сталкивались с такими пациентами , но это явление не носило столь массового характера и часто диагностировалось как сверхценные идеи. В период исторических перемен количество лиц с фанатическим поведением возросло, и в психиатрической литературе стали появляться единичные работы, посвященные этому феномену.

Фанатизм - это состояние, выражающееся в слепой приверженности какой-либо идее или доктрине, которая сочетается с высокой степенью идентификации человека с этими явлениями. Фанатик не способен к компромиссу и диалогу с окружающими и готов бороться за свои убеждения любыми доступными ему средствами. У лиц с фанатическим поведением происходит деформация личностной структуры с фиксацией на каком-то суженном содержании или суженных системных ценностях.

Фанатическое поведение в современной психологии рассматривается как одно из проявлений деструктивного или отклоняющегося поведения. Большое значение имеет тот факт, что фанатизм является феноменом групповой психологии. Фанатики, находя поддержку во взаимном признании, тяготеют к сектантству и отчужденности от общества.

Факторы, способствующие формированию фанатизма:

- Тип воспитания в детстве – субмиссивный, менталитет - авторитарный
- Особенности личности
  - Низкая самооценка
  - Доминирующие потребности в самоутверждении (собственной личности, жизненной позиции, идей) и самоактуализации
  - Ограниченная способность к рефлексии, анализу и фантазиям
  - Доминирующие невротические механизмы психологической защиты (чаще с ригидной гиперкомпенсацией личностной недостаточности с фиксацией смысла жизни на одной идее)
- Аутодеструктивная стратегия поведения в кризисной ситуации
- Расстройства личности: зависимое, тревожное, нарциссическое

10.2. Классификации фанатизма

Единая классификация фанатизма отсутствует. Неоднократные попытки создать единую типологию не увенчались успехом. В существующих классификациях фанатизма использован различный принцип систематизации, и каждая из них применяется в зависимости от цели исследования.

Фанатизм классифицируется по следующим признакам:

1. ***По содержанию:***
   - религиозный фанатизм
   - политический фанатизм
   - расовый фанатизм
   - правовой фанатизм
   - фанатизм долга
   - фанатизм в искусстве
   - спортивный фанатизм
   - фанатизм здоровья

2. ***По степени овладения идеей***
   - Жесткий фанатизм. Личность человека полностью охвачена идеей, которая доминирует во всех сферах его деятельности и полностью подчиняет его поведение в любых обстоятельствах и сферах деятельности
   - Мягкий фанатизм. Вне сферы, где реализуются фанатические идеи, человек способен к диалогу и компромиссу
3. ***По степени вовлеченности***
   - Массовый фанатизм
   - Индивидуальный фанатизм
4. ***По характеру мотиваций***
   - Идейные, экспансивные «силовые» фанатики
   - Фанатики, представляющие свои личные интересы
   - Расплывчатые фанатики, не имеющие собственных идей и интересов. Как правило, они выступают в группах
   - Конформные, зависимые фанатики
   - Фанатики смешанного типа
5. ***По личностной позиции***
   - Эссенциальный (первичный, классический, структурный). Таких людей не много, часть из них обладает харизмой и оказывает большое влияние на людей. Их деятельность, как правило, овеяна легендами. Они занимают жесткую доминирующую позицию лидера. Готовы жертвовать всем и всеми (в том числе и своими чувствами, интересами, семьей) для реализации доминирующей идеи. Классический литературный портрет такого человека описан Этель Лилиан Войнич в романе «Овод».
   - Индуцированный (частичный). Индуцированных фанатиков всегда больше, чем эссенциальных. Они по своей сути не являются истинными фанатиками, а вовлекаются эссенциальными фанатиками в какие-либо организации в период социального или личностного кризиса. Это, как правило, созависимые, неструктурированные личности. Участие в фанатическом процессе помогает им преодолеть фрустрирующую ситуацию и тревогу. В их жизни появляется смысл и чувство безопасности. Они легко вовлекаются в различные тоталитарные религиозно-культовые группы.

10.3. Психодинамика сектантских групп.

При изучении психодинамики лиц с фанатическим поведением специалистами по деструктивным культам была описана определенная стадийность индоктринации. H.Stamm (1995) выделяет пять фаз индоктринации членов сект:

- Фаза вербовки. На этой фазе одни члены секты эмоционально дестабилизируют и запутывают в противоречиях вербуемого. Другие – стараются вызвать его доверие, оказывают помощь и советуют, как

разрешить противоречия. Они проявляют себя как члены сообщества, в котором царит взаимопонимание и поддержка.

- Фаза введения в учение. Цель этого этапа – усиление контроля над мыслями и чувствами, основная задача – знакомство с доктриной и психологическая привязка человека к исповедуемой идеологии и таинствам. Эта задача осуществляется на лекциях, курсах, видеопросмотрах и т.п . Активно используются психотерапевтические техники и групповые динамические процессы с применением определенных психокоррекционных техник воздействия, изменяющих сознание. Используется аутосуггестия. Эти методы способствуют формированию аддиктивной личности с новой идентичностью, системой ценностей и мотивацией. Некоторые авторы говорят даже о расщеплении личности. Критика к происходящему подавляется.
- Фаза прерывания контактов с прежним миром. На этом этапе жизнь протекает уже в группе. Для индоктринации новых членов секты используются тантрические ритуалы, восточные медитации, мистическая терапия, карты Таро и т.п. Групповые интересы вытесняют личные, прерывается связь с семьей и близкими. Полностью изменяется стратегия жизни. В сознании доминируют иррациональные представления о мире.
- Фаза альенации (отчуждения). Полный разрыв с близкими и изоляция от мира. Доминируют только интересы группы. Сенсорная депривация, сопряженная с таким стилем жизни, способствует оживлению «архаического мозга», что влечет за собой стимулирование воображения, фантазий, грез. Этот процесс усиливается применяемыми психотехниками.
- Фаза укрепления приверженности к учению и ценностям секты. Зависимость от Учителя, который осуществляет контроль над сознанием адепта, усиливается и достигается его полная идентификация с членами секты.

Безоговорочное подчинение воле лидера тоталитарного неокульта («учителю», «гуру», новому богу), жесткая организация, тотальный контроль за жизнью адепта приводят к неизбежной криминализации всех членов секты, если с криминальным миром связан их лидер (А.И. Хвыля-Олинтер,1996). Эта проблема стала столь актуальной для общества, что нашла свое отражение в Указе Президента РФ №1300 от 1997г. «Концепция национальной безопасности Российской Федерации». В нем сказано, что «необходимо учитывать разрушительную роль различного рода религиозных сект, наносящих значительный ущерб духовной жизни российского общества, представляющих собой прямую опасность для жизни и здоровья граждан России и зачастую используемых для прикрытия противоправной деятельности».

Специалисты по деструктивным культам, проанализировав психическое состояние членов сект , пришли к выводу о патогенном влиянии неокультов на психическое здоровье человека. У половины адептов были выявлены

психотические шизофреноподобные изменения, нарушения восприятия, зависимое расстройство личности.

10.4. Религиозный неокульт «Белое братство».

В Украине ярким примером нового религиозного культа является Живая Церковь Бога, более известная в мире как Великое Белое Братство (название позаимствовано из терминологии Ордена Розенкрейцеров), которое возникло в 1990 году в период крушения СССР. Основателями этого культа были кандидат технических наук Юрий Кривоногов (называвший себя Юоаном Свами, воплощением духа Авеля, объединенной душой Иоана Крестителя и Иоана Богослова) и его жена, журналист Мария Цвигун (называвшая себя Мария Дэви Христос). До перестройки Юрий Кривоногов занимался созданием приборов, воздействующих на психику человека, владел техникой гипноза. Характеризовался как жестокая и неуравновешенная личность. Мария Цвигун после окончания факультета журналистики Киевского государственного университета работала на радио и телевидении. В 16 лет она впервые услышала «голоса», после чего стала верить в загробную жизнь и в возможность общения с потусторонним миром. В апреле 1990 года она впервые ощутила, что может покидать свое физическое тело. С этого момента она провозгласила себя Мария Дэви Христос и объявила, что в ней одновременно воплощены Иисус Христос и Дева Мария и что она является «Первичной Абсолютной Формой Единого Творца Всевышнего, Вечного Света».

В течение нескольких лет им удалось создать довольно разветвленную сеть своей организации практически во всех регионах Украины и за ее пределами, участниками которой были в основном подростки и молодые люди. Они были полностью подчинены воле лидеров культа, оставили свои семьи, бросили учебу и работу и были полностью поглощены идеологией культа. В мировоззренческой системе, созданной Ю.Кривоноговым и М.Цвигун, были смешаны самым невероятным образом доктрины Христианства и буддизма, нумерологии и астрологии, парапсихологии и мистики. Пропагандировалась идея о скором наступлении конца света, после которого все «верующие» (юсмалиане) обретут счастливую жизнь рядом с Иисусом Христом, а неверующие погибнут и окажутся в пекле. Когда наступил предполагаемый срок конца света, многие участники «Белого Братства» начали голодать с целью быстрейшего наступления смерти, что было, судя по их высказываниям, самой заветной мечтой их жизни. И только вмешательство властей помогло предотвратить эту трагедию (В.И.Полтавец, М.К.Белинская, 1994).

Результаты клинического и экспериментально-психологического обследования членов этой секты, проведенное на кафедре психиатрии факультета последипломного образования Днепропетровской государственной медицинской академии в 1992-1993 годах, позволяют говорить о присущей им эмоциональности и психологическом инфантилизме, которые способствуют

подавлению рассудочного начала. Эти личностные особенности являются необходимой предпосылкой для участия в секте с ее жесткой структурой и иррациональными нормами и обрядами. Низкая самооценка, выявленная у адептов секты способствовала формированию аутоагрессивной стратегии жизни, которая проявлялась в «аскетических подвигах», самоистязании и склонности к суициду. Такие формы поведения поощрялись идейными вдохновителями секты, которые не только разрешали суицид, но и возводили его в ранг религиозной доблести.

Выявленная низкая фрустрационная толерантность и некоторая эмоциональная ригидность исследуемых усложняла их социальную адаптацию и обусловливала неспособность к принятию ответственности за собственную судьбу. Свойственные испытуемым проявления архаичности мыслительных процессов и склонность к мистическому мироощущению способствовали возникновению слепой веры в сверхъестественные возможности руководителя, признанию за таким лицом права на лидерство как проявление божьей милости, избранничества, благодати.

Таким образом, феномен фанатического поведения, наблюдаемый у обследованных членов «Белого братства», имеет сложную психологическую структуру, без знания которой невозможно проведение психокоррекции (и при необходимости психотерапии) ее участников. Полученные данные легли в основу разработки психокоррекционных программ для членов тоталитарных религиозно-культовых групп.

10.5. Основные направления психокоррекционной работы с участниками тоталитарных сект.

Анализ литературы и собственные исследования, отраженные в инструктивном письме «Психокоррекционная работа с участниками секты «Белое братство» (Л.Н.Юрьева, В.А.Павлов, И.И.Кутько и др., 1993), позволили рекомендовать следующие стратегии проведения психокоррекционной работы с участниками тоталитарных сект:

- Для предупреждения влияния механизма психологической индукции, играющего большую роль в возникновении деструктивного поведения, психокоррекционную работу необходимо проводить строго индивидуально, стремясь к ограничеиию контактов между участниками секты.
- Психокоррекционная работа должна проводиться специалистами (психологами, психотерапевтами), хорошо ориентирующимися в трансперсональной психологии, современных мистических концепциях, имеющих опыт работы с пациентами, мышление которых характеризуется символизмом, кататимностью, архаичностью. Обязательно понимание специалистом феномена фанатизма. Это важно для формирования у пациента мотивации к психотерапевтическому общению. Возможно

привлечение служителей православной церкви, а также специалистов, владеющих методами нетрадиционной медицины.

- При выборе психотерапевтических методик необходимо безусловное предпочтение отдавать недирективным техникам, ориентируясь на концепцию присоединения. Следует помнить, что взгляды субъектов, отличающихся фанатизмом, представляют для них безусловную, неоспоримую ценность, поэтому проблемы мировоззрения не должны являться темой дискуссии. Удельный вес рациональной психотерапии следует повышать постепенно во избежание конфронтаци с пациентом.
- Целесообразно формировать позитивное отношение пациента к самому себе. Это отношение должно быть подкреплено сенсорным опытом, что представляется возможным при использовании гештальт-техник, нейролингвистического программирования, других подходов современной психотерапии. В тех случаях, когда отсутствуют признаки психического заболевания, применение психотропных средств исключается.
- В процессе психотерапии необходима целенаправленная работа над устранением страха перед будущим, ощущения враждебности окружающего мира, что позволит сформировать чувство приоритетности реальной действительности.

Глава 11. Психоистория.

« Историю можно рассматривать как психотерапию поколений»
(Ллойд Демоз)

11.1. Определение понятий, основные направления и концепции.

Психоистория **–** это научная дисциплина, предметом которой является изучение взаимосвязи исторических событий и психологических феноменов. В рамках этой науки осуществляется психологический подход к истории: изучаются психологические последствия исторических событий, особенности психики исторических деятелей и ее влияние на мотивацию их поступков, формирование психотипов под воздействием социокультурной среды.

Фундаментальными вопросами историко-психологических исследований являются следующие:

- закономерности формирования личности в конкретную историческую эпоху;
- влияние исторических событий на жизнь и судьбы современников;
- влияние психологических особенностей исторических деятелей и народных масс на характер и направленность социальных изменений.

Подобные вопросы неоднократно поднимались и изучались психиатрами и психологами на протяжении XIX и XX столетий. Оживление научного интереса к проблеме взаимоотношения психического и исторического всегда отмечалось в периоды революционных потрясений. Великая Французская революция, побудила социологов, психологов и психиатров к научным разработкам в области психоисторических исследований. Стали изучаться взаимоотношения между историческими и психолого-психиатрическими феноменами, законы взаимодействия личности и истории, феномен толпы и массовых психозов.

Л.Леви-Брюль и Пьер Жане с позиций исторического подхода изучают процессы мышления, памяти, представлений, личности.

В начале XX века революции 1905 и 1917 годов в России послужили толчком к разработке вопросов, касающихся психологической обусловленности исторических процессов. Огромный вклад в решение этой проблемы внес В.М.Бехтерев, который рассматривал историю общества, как “главным образом, историю коллективных человеческих деяний”. Используя принципы бихевиоризма, В.М.Бехтерев исторические события (войны, революции, социально-политические и экономические движения и т.п.) рассматривал в качестве групповых действий, Он изучал психологические механизмы исторических явлений и вывел 23 закона “коллективной рефлексологии” для объяснения событий исторического масштаба.

Свои взгляды он изложил в фундаментальном труде “Коллективная рефлексология” (1921), в котором для объяснения исторических событий использует не только психологические, но и психофизиологические, физические и механические модели. Основные психологические механизмы массовых исторических действий В.М.Бехтерев представил следующим образом:

1.Исторические действия рассматриваются, как поведенческий акт, включающий развитие реакции протеста, значительно усиливающиеся при образовании коллективного единства и могущие достигнуть степени “народных волнений, переростающих в коллективный взрыв в форме восстания”.

2.Для объяснения исторических действий вводится понятие исторического времени жизни человека и его взаимосвязь с историческим опытом прошлых поколений.

3.Одним из важнейших механизмов массовых исторических действий является феномен научения.”Ничто в общественной жизни не совершается без предшествующих влияний и ничто не исчезает бесследно...всякий шаг в развитии общественности есть результат предшествующего опыта”.

4.При объяснении исторических явлений учитываются компенсаторные психологические механизмы. В.М.Бехтерев обратил внимание на то, что во времена исторических перемен, сопровождающихся смутой и террором, рестораны и казино переполнены, процветает разврат и чрезмерное веселье. Проанализировав эту ситуацию, он вывел “закон компенсации или замещения”, исходя из которого одна неудовлетворенная потребность замещается другой. “В деятельности коллектива, когда умственное движение в нем воспрепятствовано, развивается мистическое движение, азартные игры, алкоголизация”. Например, во II - III веках в качестве компенсации чрезмерного развития чувственных наслаждений в Римской империи распространяется христианство, формирующее духовные устремления населения.

5.Неудовлетворенность базовых потребностей населения рассматривается как потенцирующий массовидные социальные явления фактор. “Недостаток в удовлетворении потребностей (наследственно-органических или приобретенных) и определяет направление общественных устремлений, которые в зависимости от размеров недостаточной удовлетворенности колеблются в своей интенсивности и экстенсивности”. В доказательство этого тезиса В.М. Бехтерев приводит примеры: голод в стране способствует тому, что переструктурируется иерархия потребностей и доминирует потребность в добывании пищи: возможно распространение уравнительной идеологии, грабежи, убийства, эмиграция.

6. Основываясь на данных Я.Перельмана и Т.Морэ о соответствии широкомасштабных народных движений и метеорологических возмущений, обусловленных пятнообразованием на Солнце переодичностью 11 лет (1830г., 1848г., 1860г., 1870г., 1905г., 1917г.), В.М.Бехтерев выдвинул гипотезу о влиянии Солнечной активности на психическое состояние и поведение людей. Он писал, что активизация процессов пятнообразования на Солнце способствует возбуждению людей, что может потенцировать массовое революционное поведение. “По мере усиления солнечной активности человечеством овладевает, по - видимому, нечто вроде лихорадки - рождаются обострения, возникают войны. Можно подумать, что ветер безумия охватывает умы” .

В начале 40-х годов XX века вычленяются специальные научные дисциплины, которые изучают взаимодействия исторического и психического, личности и истории: французская историческая психология и американская психоистория.

Теоретической и методологической базой этих дисциплин являются уже известные психологические теории и методики, а также специфические для данных дисциплин концепции (например, концепция исторического персоногенеза И. Майерсона). Для историко-психологической интерпретации индивидуального и группового поведения психоисторики чаще всего используют психоаналитические концепции. Более того, Р.Бинион, П.Левенберг, Б. Мэзлиш, Э.Эриксон считают, что у психоанализа и истории единый предмет исследования: история изучает прошлые человеческие действия , а психоаналитики –настоящие действия, но ищут их мотивацию в прошлом своих пациентов.

Ллойд Демоз, один из организаторов и теоретиков психоисторических исследований в США, не разделяет такую точку зрения и считает, что для решения проблемы исторической мотивации необходима особая методология , основанная на уникальном сочетании исторических документов, опыта клинической психиатрической практики и собственного эмоционального опыта исследователя. (Л. Демоз, 2000).

В настоящее время для психологической интерпритации исторических событий используют также социально-психологические концепции (например, теории когнитивного диссонанса), все большее развитие получает ***социальная психоистория*** – направление психоистории, объектом исследования которой является психоистория социальных групп. Главный вопрос, который пытается решить психоисторики, сводится к следующему: “что побуждает огромное количество людей отправиться в путь или жертвовать собой и детьми ради абстрактной идеи?”.

Все более актуальными становится исследование влияния семьи на формирование личности в различные исторические периоды. В главе 1.4 описана роль семьи в формировании личности и в развитии психических и поведенческих расстройств у отдельно взятого человека. Психоисторический подход позволяет гороздо глубже взглянуть на проблему .

Ллойд Де Моз, автор «психогенной теории истории», считает, что главная причина всех исторических изменений - «психогенез, закономерная смена стилей воспитания детей под давлением поколений». По его мнению, исторические изменения в обществе коррелируют со стилем воспитания детей на ранней стадии социализации, их взаимоотношением с матерью и другими членами семьи (в том числе и из других поколений) и групповыми фантазиями.

Л.Демоз проанализировал всемирную историю с точки зрения отношений взрослого и ребенка и выделил следующие основные стили, назвав их по ведущей характеристике во взаимоотношениях:

1. ***Стиль детоубийства*** (Античность, до IV века н.э.). Характерны детские жертвоприношения и детоубийства (причины: ребенок болен, слаб, не нужен, родилась девочка и т.д.).
2. ***Стиль отказа*** (IV – XIII вв.). В 347 г. в Римской империи по настоянию христианской церкви был принят закон, запрещающий детоубийство. Появляется новый стиль взаимотношения - отказ от ребенка: популярным становится обучение детей в другом городе или другой стране; детей отдают в монастырь, отправляют в длительные путешествия и паломничество; отдают в подмастерье и в приказчики, в пажи ко двору.
3. ***Амбивалентный стиль*** (XIV – XVII вв.). Согласуясь с мировозрением эпохи, в детях видят создания, в которых борются Бог и Дьявол. С одной стороны, ребенка любят, но с другой - ведут борьбу со смертным грехом - непослушанием во всех его проявлениях. Для искоренения гордыни применяются жестокие наказания.

4. ***Навязывающий стиль*** (XVIII в.). Все мысли, поступки, желания, успехи в учебе, состояние здоровья постоянно контролируются родителями. При этом, за неблаговидными действиями следует наказание (как физическое, так и психологические). По мнению Де Моза, подобный стиль воспитания способствовал тому, что в популяции появилось достаточное количество людей, для которых борьба с авторитетом (человеком, группой людей, государством) стала доминирующей жизненной потребностью и целью. Поэтому XVIII век завершился крупнейшими буржуазными революциями во Франции и Америке.
5. ***Социализирующий стиль*** (XIX – XXв.). Родители гуманны к своим детям. Они стремятся воспитывать их, основываясь на знаниях в области психологии и педагогики. Пытаются сформировать личность в соответствии с их идеалами, дать престижное образование и лучше подготовить ребенка к взрослой жизни.
6. ***Помогающий стиль*** (конец XX в.). В ребенке ценится прежде всего индивидуальность. Задача родителей – максимально способствовать самореализации ребенка, не подавлять его уникальные способы самовыражения и развивать его творческий потенциал. Этот стиль воспитания еще редок, так как требует от родителей большой эмоциональной, интеллектуальной и духовной подготовки и самоотдачи.

Появление новых психогенных стилей взаимоотношений «родители – ребенок» формирует новые психоклассы, возникновение которых сопровождается периодами бунтов, реакций, революций (вначале в сфере искусства, музыки, литературы, кино, театра, моды). ***Психоклассы*** – это группы людей со сходным стилем воспитания в детстве, выделяемые в пределах одной популяции. С каждым поколением на историческую арену выходит новый психокласс. То есть, поколение это не только возрастная категория, но прежде всего это принадлежность к группе со сходным стилем воспитания и групповыми фантазиями.

Проанализировав исторический материал, Л. Демоз показал, что каждый психогенный стиль воспитания формирует определенный тип личности с характерными защитными психологическими механизмами, невротическими и психотическими расстройствами. Он считал, что «люди, которые в каждую эпоху считаются «невротиками», часто могут стоять на более высоком психогенном уровне, чем «нормальные». Им просто приходится выдерживать тревогу, связанную с тем, что они не разделяют групповую фантазию эпохи».

В таблице 11.1 представлены вариации типов личности, сформированные различными психогенными стилями воспитания, с характерными для них особенностями психических процессов, а также возможные типы развития невротических и психотических расстройств.

Табл.11.1 Соотношение психогенных стилей воспитания с типами личности, поведенческими и психическими расстройствами.

Стиль	Детоубийства	Отказа	Амбивалентный	Навязывающий	Социализирующий
Норма	Шизоидная личность	Аутичная личность	Депрессивная личность	Компульсивная личность	Тревожная личность
Невроз, защитные механизмы	Расстройства влечений и садомазохистская защита	Депрессивные расстройства (не связанные с чувством вины) и психопаточеская защита	Депрессивные расстройства (связанные с чувством вины) и маниакальная защита	Обсессивно-компульсивные расстройства и конверсивная защита	Истерические расстройства и психосексуальная защита
Психоз	Кататония и гебефрения	Параноидная шизофрения	Маниакально-депрессивный психоз		
Особенности психических процессов	Ассоциативное мышление, расщепление и проективная идентификация, проявления садомазохизма	Нарциссическая, эксплуататорская, паразитическая, недоверчивая, психопатичная, без угрызений совести, без чувства времени; мегаломания или слсбость «Я»; идеализация матери	Чувство вины и депрессивность; ненасытная потребность в любви, статусность; сексуальность; выраженное супер-эго, чувство времени	Псевдорациональная, холодная, отчужденная, одержимая, внутренне самокритичная; фобии, компульсивность, симптомы конверсии	Свободно блуждающая тревога и неудовлетворенность жизнью из-за позаимствованных, жизненных ценностей, потеря индивидуальности в группе, неполнота чувств; психологическая защита менее ригидна

Особенности формирования личности и психических процессов под воздействием помогающего стиля воспитания в настоящее время недостаточно изучены, так как еще не выросло достаточное количество взрослых людей, воспитанных таким образом. Им еще предстоит создать свой психокласс, выйти на историческую сцену и в очередной раз изменить сценарий Истории, написанный предыдущими поколениями.

Следует сказать, что Демоз не единственный психоаналитик, обнаруживший взаимосвязь между стилями воспитания, психологическими и психопатологическими особенности личности и историческими процессами. Еще раньше описал подобную взаимосвязь Э. Фромм. В главе 3.1 изложена его концепция.

Мне, как психиатру, очень важен этот психоисторический взгляд на проблему, так как в период исторических перемен оживляется не только архаическое мышление, но и стили взаимоотношения взрослых и детей. В странах СНГ за последнее десятилетие резко возросло количество агрессивных актов, детоубийств и отказного стиля воспитания (от прямого отказа от детей в роддоме до завуалированного: воспитание в элитном пансионе, образование за рубежом и т.п.). А амбивалентный и навязывающий стили воспитания, по сути никогда и не исчезали из воспитательного репертуара советских семей.

11.2. Психобиографические исследования

Одним из очень интересных и продуктивных направлений психоистории является изучение особенностей психики исторических деятелей и ее влияние на мотивацию их поступков. Вопрос о влиянии психических и психологических особенностей исторических личностей на судьбу народа, государства и в конечном счете – истории, не нов. Он неоднократно подымался и исследовался психиатрами , психологами и социологами прошлых столетий. В 20-егоды в СССР на стыке психиатрии, генетики, психоаналитически ориентированной психотерапии, психологии и культурологии возникло новое направление психиатрических исследований, которое занималось патографией и психобиографиями. С 1925 по 1930г.г.в Свердловске издавался журнал «Клинический архив гениальности и одаренности (эвропатологии)». Публикуемые в нем статьи были посвящены вопросам патологии гениальных и одаренных людей, связи их творчества с психическими отклонениями, генеалогии выдающихся личностей, их влиянию на исторические процессы.

Однако, в начале 30 - х годов журнал был закрыт, прекратились всяческие исследования и публикации на эту тему. Термин «эвропатология» исчез из психиатрического лексикона до 90-годов XX века. Более того, психиатры, которые проводили психопатологический анализ личности известных советских деятелей, были ущемлены. Так, доктор из Москвы И.Б.Голант исследовал психическое состояние и суицидальные тенденции М.Горького и опубликовал в журнале статью о нем. После возвращения М.Горького в СССР в 1928году, ему запретили изучать эвропатологию писателя и в начале 30-х годов перевели работать на Дальний Восток. Впоследствие, И.Б.Галант заведовал кафедрой психиатрии Хабаровского медицинского института, где проработал около 40лет (А.М.Шерешевский, 1991) .

Проблема «роли личности в истории» также была табуирована в советской науке, хотя отечественные авторы стояли у истоков психоисторических исследований .

Одним из первых, психиатрическое жизнеописание известных исторических деятелей провел украинский профессор психиатрии, родившийся в Петропавловске Павлоградского уезда Екатеринославской губернии (ныне Днепропетровской области Украины) Павел Иванович Ковалевский (1849 – 1923). Долгие годы его профессиональная деятельность психиатра проходила на медицинском факультете Харьковского университета. К этому периоду его творческой деятельности относятся психоисторические исследования. В 1893 году была опубликованы его знаменитые «Психиатрические эскизы из истории», в которых приведены психобиографические портреты царя Иоанна Грозного, Петра III, Магомета, Жанны д`Арк, Павла 1, Наполеона и др. В книге описана динамика различных психических состояний у этих исторических персонажей и влияние их на судьбы мира.

В начале XX века это научное направление будет названо психобиографическими исследованиями. ***Психобиография*** – это психологическое исследование жизненного пути исторической личности. Мировоззренческой основой психобиографических исследований является признание исторической значимости отдельной личности, понимание действий которой рассматривается как **один из** способов объяснения исторических событий (Боброва). В отличие от

биографического исследования, целью которого является хронологически точное описание жизни и деятельности человека, психобиографическое жизнеописание призвано объяснить мотивацию поступков исторической личности.

Принято считать, что основоположником психобиографических исследований является З.Фрейд, чья историко-психологическая концепция лежит в основе всех последующих психобиографических исследований. В 1910 году З. Фрейд опубликовал свое первое психобиографическое исследование «Леонардо да Винчи». С тех пор психобиографические исследования являются самым популярным направлением американской психоистории. Назову лишь наиболее известные психобиографические работы : З.Фрейд и У. Буллит «Томас Вудро Вильсон. 28 президент США. Психологическое исследование» (1932г.); Э.Эриксон «Истина Ганди» (1969); Эрих Фромм «Концепция человека у К.Маркса»(1961).Описаны психобиографии Цезаря, Бисмарка, Робеспьера, Кромвеля, Адамса, Линкольна, Ленина, Сталина, Троцкого, Мао Цзе Дуна, Гитлера, Ганди, Т.Шевченко и других.

Хрестоматийным примером классической психобиографии считается работа Э. Эриксона «Молодой Лютер. Психоаналитическое историческое иследование» (1958). Вслед за С.Кьеркегором, Э.Эриксон повторяет: «Лютер…это пациент исключительной важности для христианства». Э.Эриксон считал, что кризис идентичности, наиболее сильно выраженный в юности, является одним из стержневых понятий для объяснения истории человека и человечества.

Основываясь на клиническом опыте и данных психоисторических исследований, он создает свою теорию личности, подробно описанную в главе 3.1. Э.Эриксон считал, что «человеческую природу лучше всего изучать в состоянии конфликта, а человеческие конфликты становятся предметом пристального внимания заинтересованных исследователей преимущественно при особых обстоятельствах. Одним из них является клиническая ситуация, в которой в интересах оказания помощи нельзя не превратить страдания в историю клинического случая; другим подобным обстоятельством является историческая ситуация, в которой неординарная личность, благодаря своим эгоцентрическим манерам и возникновению у людей харизматической потребности, превращается в автобиографию или биографию».

11.3.Психоисторический подход к психическим и поведенческим расстройствам.

После того, как сделан обзор исследований, основанных на исторических ситуациях и биографиях исторических деятелей, обратимся к клиническому аспекту этой проблемы. Психиатры уже более века изучают жизнеописания исторических деятелей с психопатологической точки зрения, которые были названы патографиями. ***Патографии*** – это биографии, цель которых - представить аспекты психической жизни, интересные с точки зрения психопатологии, и разъяснить их значение для деятельности и творчества описываемой личности. С одной стороны, наиболее богатый материал для

изучения и описания психопатологии мы находим, как правило, в патографиях исторических личностей. С другой стороны, история болезни любого больного может быть патографией. Еще Карл Ясперс писал, что «всякая хорошо составленная история болезни перерастает в биографию.Психическая болезнь укоренена в жизни личности в целом; стоит выделить ее из этого общего контекста, как она станет непонятной. Описание этой целостности…мы называем биографией».

В период резких исторических перемен, сопровождающихся изменением ментальности населения, у специалистов, занимающихся проблемами психического здоровья, возникают определенные сложности при дифференциальной диагностике между исторически детерминированным развитием личности и патологическим процессом (см. гл.9, 10). В этом случае особенно важно рассмотрение биографических событий, позволяющих отграничить эти состояния.

К биографическим критериям, позволяющим определить патологический процесс, К.Ясперс относил следующие:

- Появление психопатологических симптома в момент, достаточно уверенно локализуемый в пределах короткого промежетка времени;
- Отсутствие внешних провоцирующих факторов или переживаний, которые могли бы послужить достаточным объяснением происшедшего;

О развитии личности можно говорить:

- Когда нам удалось понять ход происшедших событий в рамках всех, взятых в целом биографических категорий (при этом предполагается, что в основе происшедшего лежит нормальный ход биологических процессов);
- Когда переживания психологически понятны и являются ответом личности на события;
- Когда отсутствуют четко локализованные во времени процессуальные симптомокомплексы.

В последние годы психологи и психиатры все чаще обращаются к проблеме изучения личной истории человека и ее связи с историческими событиями. В связи с резким ростом количества социальных стрессов и ухудшением психологического и психического состояния населения (в главе 4 и 5 приведены данные по Украине), эта проблема приобретает чрезвычайную важность.

Создав тезаурус стрессовых жизненных событий, включающий 254 ситуации (от ссор с соседями до безработицы, голода, войны, смерти близких) и протестировав многих пациентов, нуждающихся в коррекции психологического состояния, В.Е.Лановой (1993) пришел к выводу, что «личностная значимость стрессовых событий, как правило, обратно пропорциональна адекватности поведения человека, именно в ситуациях , резонирующих с актуальными событиями жизни». То есть, многочисленные стрессовые ситуации, наслаиваясь друг на друга, трудно понимаются человеком и фиксируются только в точке реальной биографической хронологии. Неспособность осознать свой негативный опыт и объективизировать свое постстрессовое состояние, порождает неотреагированные переживания,

обостряет внутриличностный конфликт, непродуктивные поведенческие стратегии и прогрессирующую невротизацию. Повидимому, это одна из причин возрастающей невротизации населения в периоды исторических потрясений.
Современная психотерапевтические и психокоррекционные технологии предоставляют широкие возможности для терапии и коррекции подобных расстройств, среди которых коррекция жизненного пути в новых исторических условиях является одним из главных.

11.3. Психотерапевтические стратегии коррекции жизненного пути

Подробно исторический персоногенез и динамика личностных изменений в неблагоприятной исторической ситуации описаны в главе 3. Чаще всего основными проблемами, требующими психокоррекционной и терапевтической работы, являются следующие: нереализованность, опустошенность, потеря перспективы, невозможность реализовать ранее намеченную жизненную программу, отсутствие значимых целей в будущей, новой исторической реальности. Для коррекции вышеназванных расстройств А.А.Кроником (1988) был разработан *биографический тренинг,* который позволяет человеку осознать свое бытие в рамках Истории. «В каждый данный момент времени мы представляем собой итог прожитой нами истории, - писал К.Ясперс. В жизни человека не существует такого момента, когда он не имел бы хотя бы какой-нибудь предыстории».
Целью биографического тренинга является «…формирование у личности особого «чувства пути» - своего рода «компаса», помогающего точнее ориентироваться в изменившихся жизненных обстоятельствах, вернее оценивать значимость тех или иных событий прошлого, настоящего и будущего, принимать оптимальные решения в ситуациях выбора, психологически грамотно строить отношения с членами различных событийных групп на своем жизненном пути».
Биографический тренинг включает в себя специальные биографические приемы на основе метода групповой дискуссии, психогимнастики и элементов ролевых игр. Он может проводиться индивидуально, парно (например, с супругами, родственниками) и в группе.
В процессе проведения биографического тренинга достигаются следующие задачи:

- Человек осознает истоки трудностей настоящего периода времени в контексте всего жизненного пути;
- Формирует новое отношение к жизни и установку на творческий путь самореализации и веры в свои силы и возможности;
- Улучшается межличностное общение.

Правильно оценивать ситуацию и оказать помощь в создании продуктивных стратегий поведения в изменившихся социальных условиях невозможно без анализа прошлого данной личности (чаще всего именно там находятся истоки

нынешних проблем), настоящего психического статуса человека и особенностей его жизни, а также анализа представлений человека о своем будущем.

При коррекции расстройств, обусловленных макросоциальными стрессами, проблема отношения человека к своему будущему в контексте изменившейся исторической ситуации, приобретает чрезвычайно важное значение. «Отдельная жизнь как нечто отстраненно-объективное –писал К.Ясперс, - это всегда прошлое, которое можно обрисовать. Что касается отдельной жизни как реальности, то это в той же степени и будущее, которому предстоит по-новому осветить, адаптировать и истолковать прошлое».

Для психокоррекции представлений о своем будущем, целесообразно применение *психотерапии, ориентированной на реконструкцию будущего (ПОРП)*, созданную современным американским психотерапевтом Фредериком Мелджесом (Melges,1982). «Будущее влияет на настоящее» - основной тезис его психотерапевтического мировоззрения. Преимущества ПОРП состоят в возможности координации прошлого, настоящего и будущего аспектов биографии личности, благодаря чему осуществляется коррекция двух существенных функций самосознания: самоидентификации и проектирования «Я». (В.С.Хомик,1993)При исследовании применяют шкалы образа «Я»,созданные Э.Эриксоном. Первые 8 антонимов сформулированы на основе эпигенетических стадий жизненного пути личности, описанные, как уже отмечалось выше, на основе изучения биографий исторических деятелей и пациентов.

В заключение хочу сказать, что в нашей стране книги по психоистории все еще являются библиографической редкостью, а научные исследования по исторической психиатрии, направленные на изучение влияния исторических событий современности на психические, поведенческие расстройства и личностный персоногенез, только начинаются.

Заключение

Мы прожили первые годы 3 тысячелетия, которые ознаменовались войнами и техногенными катастрофами, массовыми террористическими актами, потоками беженцев, противостоянием культур, идеологий и цивилизаций. Начало XXI века ознаменовалось террористическим актом 11 сентября 2001 года в США, унесшим тысячи жизней и вселившим чувство страха и тревоги в миллионы сердец.

Анализ психолого-психиатрических последствий исторических событий XX века в мире и социокультуральных преобразований в странах бывшего СССР, представленный в данной монографии, показал, что психосоциальные стрессы исторического масштаба потенцируют развитие психических и поведенческих расстройств, характеризующихся, прежде всего, массовостью. Кроме того,

деструктивные исторические события патогенны не только для их непосредственных участников и членов их семей; они патогенны также и для последующих поколений.

Роль психиатров и психологов в современном мире чрезвычайно возрастает, а психиатрия выходит за рамки сугубо клинической дисциплины и интегрируется не только с другими областями медицины (медицина катастроф, социальная медицина, медицинская психология), но и с социальными науками (социальная и историческая психология, философия, религиеведение, культурология, психоистория). Психиатр становится не только врачевателем душевных расстройств у отдельно взятого пациента, он становится социальным патологом, первостепенной задачей которого является профилактика психических и поведенческих расстройств и охрана психического здоровья населения.

В связи с этим, развитие историко-культурального направления для современной психиатрической науки и практики является чрезвычайно актуальным. Знание историко-психологического и культурального своеобразия персоногенеза и развития психических и поведенческих расстройств, позволит прогнозировать стратегии поведения людей в неблагоприятных исторических ситуациях, разрабатывать новые терапевтические и психокоррекционные технологии, включающие методы социально-исторической коррекции, и создавать программы профилактики этих расстройств.

Общие принципы построения терапевтических, коррекционных и профилактических программ, учитывающих социокультуральный контекст психических и поведенческих расстройств, представлены в данной монографии. Но для дальнейшей разработки и внедрения в практику новых технологий, направленных на охрану психического здоровья населения, необходим принципиально новый подход к организации психиатрической службы. Психиатрия должна выйти за узкие рамки стационарной помощи, ориентированной в основном на биологическую терапию, и перейти к системе коммунальной психиатрии.

Укрепление психического здоровья населения и профилактика его нарушений должны осуществляться уже на уровне первичной медико-санитарной помощи. Службы охраны психического здоровья должны быть децентрализованы и интегрированы с общемедицинской сетью. Переход к принципиально новой системе организации психиатрической помощи подразумевает перераспределение финансовых ресурсов и привлечение дополнительных кадровых ресурсов из числа семейных врачей, медицинских и социальных психологов, социальных работников и волонтеров из общественных организаций, объединяющих потребителей психолого-психиатрических услуг и их родственников. Необходим, также, принципиально новый подход к образованию врачей общего профиля и создание института социальных работников, специализирующихся в сфере охраны психического здоровья. Очевидна необходимость разработки новых образовательных программ для психиатров, наркологов и медицинских психологов, которые должны быть специалистами не только в области

медицинской психологии и психопатологии, но и специалистами в сфере охраны психического здоровья.
Анализ долгосрочных психолого-психиатрических последствий исторических события XX века со всей очевидностью показал также, что охрана психического здоровья населения должна стать приоритетной задачей не только для медицинских работников и психологов, но и первоочередной задачей государства. Формирование государственной политики в области охраны психического здоровья становится первостепенной задачей в периоды исторических и социокультуральных преобразований в обществе, которые влекут за собой катастрофический рост психических и поведенческих расстройств, угрожающий национальной безопасности страны.

«Каждое поколение уверено,- говорил Альбер Камю в своей нобелевской речи, - что оно призвано переделать мир. Мое, однако, уже знает, что ему этот мир не переделать. Но его задача, быть может, на самом деле еще величественнее. Она состоит в том, чтобы не дать миру погибнуть».

Удастся ли нам это?

На этот вопрос ответит История…

Краткий словарь терминов

* - термины взяты из: Лексиконы психиатрии Всемирной Организации Здравоохранения: Лексикон психиатрических и относящихся к психическому здоровью терминов (2-е изд.). Лексикон терминов, относящихся к алкоголю и другим психоактивным средствам. Лексикон кросс-культуральных терминов, относящихся к психическому здоровью / Пер. с англ. под общ. ред В.Б.Позняка. – К.: Сфера, 2001. – 398 с.

***Авторитаризм сознания* –** (от лат.autoritas)- тип мировоззрения, для которого характерно преклонение перед сильной властной личностью.
Адаптация* - процесс, посредством которого индивидуумы или популяции приспосабливаются биологически, поведенчески или психологически для того, чтобы выжить в определенном окружении или культуре.
А***ддиктивное поведение*** (от англ. addiction – склонность, пагубная привычка) - ***х***арактеризуется стремлением к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния химическим или нехимическим путем. Это стремление становится доминирующим в сознании человека, его поведение подчинено поиску средств, позволяющих уйти от реальности. В результате человек существует в виртуальном, сюрреалистическом мире.
Аккультурация (культуральная адаптация)* - это явления, которые имеют место при взаимодействии групп людей, обладающих различными культурами, которые вступают в продолжительный и непосредственный контакт, вследствие чего изменяются первоначальные типы культур одной или обеих групп.
Альтруизм* - индивидуальные или групповые акты самопожертвования для пользы других, детерминированы главным образом ценностями культуры.
Аномическая депрессия* - хроническое состояние дисфории, возникающее в контексте аномии и характеризующееся упадком духа, чувством несбывшихся надежд, низкой самооценкой и моральной дезориентировкой.
Аномия* – (от греч. a-nomi – отсутствие закона, безнормие). Культуральная дезинтеграция, вызванная внутренними и / или внешними причинами, вследствие чего культуральные нормы, ценности и нравы перестают иметь значение для людей и оказывать на них влияние; безнормие и разброд в обществе вследствие конфликта социальных норм; отсутствие или ослабление нравственных норм и ценностей индивидуума, характеризующиеся тревогой, изоляцией и личностной дезориентировкой.

Асоциальный* - состояние безразличия к социальному опыту и обычаям, которое ведет к дисфункциональному (до известной степени), но не обязательно приносящему вред поведению (например, социальной самоизоляции, необычной манере ухаживать за собой или одеваться).
Вера в знахарство, вера в колдовство* - система убеждений или взглядов на мир, по которой болезнь или другое несчастье приписывается психическим действиям других людей.
Гипотеза Сепира – Уорфа* - гипотеза, выдвинутая двумя лингвистами о том, что культура формирует язык, а язык, в свою очередь, влияет на то, каким люди видят мир, как они воспринимают человеческие взаимоотношения и какой образ жизни они ведут; предполагается, что язык выполняет эту функцию через словарный состав, грамматику, синтасис и фонетику.
Девиантное поведение – это поведение, противоречащее культуральным, религиозным, правовым, нравственным и этическим нормам общества и проявляющееся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности и нарушения процессов самоактуализации.
Декультурация* - потеря традиционной культуры в связи с тем, что люди приобщаются к новым или иностранным культуральным чертам. Этим термином обозначается принятие поверхностных форм поведения, ценностей и материальной культуры индустриальных обществ и сопутствующей этому утрате глубинных аспектов своей первоначальной культуры.
Делинквентное поведение - (от лат.delinquens – совершающий проступок, правонарушитель) поведение, включающее цепь проступков, провинностей, мелких нарушений не наказуемых согласно уголовному кодексу.
Дух времени* - определенный психокультуральный климат или характер эпохи.
Заражение*(от фр. contagion – зараза). Первоначально термин применялся в отношении инфекционных болезней, теперь часто используется применительно к распространению психических нарушений; распространение происходит либо (1) быстро в группе сходных индивидуумов, либо (2) от одной этнической группы, известной в качестве носителя этих нарушений, к другой группе, в которой это нарушение ранее отсутствовало.
Здоровье*- состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических недостатков, но и полное физическон, душевное и социальное благополучие.
Знахарство, колдовство* - использование сверхъестественной силы для достижения определенных целей, которые могут быть, как добрыми, так и злыми.
Идентичность* - отличительный набор личностных характеристик, по которым человек известен и как индивидуум, и как член той или иной группы.
Интеграция* - форма культуральной адаптации, при которой индивидуумы способны сохранять свою собственную культуральную идентичность и нравы несмотря на одновременное поддержание

позитивных и продуктивных взаимоотношений с соседствующей или доминирующей культурой.

Историческая идентичность — чувство принадлежности личности к определенному поколению, осознание себя в качестве объекта (восприятие исторической ситуации как обстоятельств собственной жизни) и субъекта исторического процесса (восприятие себя как агента исторического изменения, готовность к юменению исторической ситуации как обстоятельств своей жизни и жизни всего поколения).

Историческая психология — направление психологии, изучающее взаимосвязи психологических и исторических феноменов. Объектом исторической психологии является множество людей (отдельные личности, социальные группы), выступающих как объекты и субъекты исторического процесса. Предметом исторической психологии являются психологические характеристики человека в зависимости от характеристик исторической эпохи: психологические особенности человека как субъекта познания и деятельности в зависимости от исторических условий, историческое своеобразие личности в данную историческую эпоху.

Историческая ситуация — такое состояние социальной системы, временные границы которого определены изменением социальных параметров, имеющих психологическую значимость для членов общества с точки зрения **их** самореализации. Статические характеристики исторической ситуации (социальные, политические, экономические, культурные институты и отношения) рассматриваются как условия существования человека в обществе с точки зрения их значимости для жизнедеятельности субъекта; динамические характеристики исторической ситуации (социальные, политические, экономические, культурные события) оцениваются с точки зрения их психологического эффекта.

Историческая чувствительность - это специфическая чувствительность личности к изменениям определенных характеристик исторической ситуации. Представители разных поколений и социальных групп, лица с различными индивидуально-типологическими особенностям личности обладают различной исторической чувствительностью. В результате исторической социализации в группах риска могут формироваться деформации характера, акцентуации, патохарактерологическое и невротическое развитие личности. Длительное воздействие стрессогенных факторов в неблагоприятной исторической ситуации потенцирует также развитие невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств.

Историческая эпоха — категория исторического анализа, отражает стадию в развитии общества как системы, фиксирует момент его динамики, выражает акцент на процессуальности и длительности.

Исторический персоногенез – процесс исторического формирования личности под влиянием внешних и внутренних факторов психологической организации личности в ту или иную эпоху (например, личностных концептов — представлений о личности, ннсшних культурных атрибутов конституирования

личности — произведений искусства и быта). Историко-генетическое исследование личности проводится в рамках французской исторической психологии.

Историческое переживание — процесс переживания человеком отсутствия социальных возможностей для самореализации. Переживание личностью неблагоприятной исторической ситуации происходит в виде исторического самоопределения, которое неизбежно приводит к изменению социального поведения личности.

Историческое поведение — социальная активность личности, направленная на сохранение самореализации в неблагоприятной исторической ситуации, является результатом исторического самоопределения личности.

Историческое своеобразие личности — комплекс психологических свойств, характерный для личности определенной исторической эпохи и сформировавшийся под влиянием конкретно-исторических условий социализации, характеризует личность как историческую индивидуальность (исторический тип личности).

Историческое событие — такое изменение параметров социальной среды, которое имеет личностный смысл для современников и сопровождается изменением определенных психологических характеристик членов общества

История — процесс общественного развития — изменения социальной действительности в результате прежде всего человеческой активности: действий личностей, социальных групп, приводящих к изменениям социальных условий жизнедеятельности людей (историческая наука фиксирует эти действия в качестве исторических фактов).

Каста* - эндогамная ячейка в обществе, которая характеризуется своим специфическим престижем, видами занятий и социальным статусом.

Конфликт норм* - ситуация, в которой идеальные нормы не совпадают с поведенческими нормами, часто применительно к употреблению алкоголя и/или иных психоактивных средств, сексуальности, использованию материальных средств.

Кризис идентичности*- состояние психологической дезориентации и ролевого смещения, связанного со значительным психосоциальным сдвигом, происходящим за относительно короткий период времени. Может возникать на протяжении переходных периодов жизненного цикла (например, подросткового возраста, периода отцовства/материнства, ухода на пенсию) или в связи с институциональными, культуральными или социальными изменениями.

Коэффициент интеллекта (IQ)* - показатель, получаемый при выполнении интеллектуального теста, который отражает не только когнитивные способности, но и такие факторы, как опыт выполнения теста, мотивация и различия в диалектах.

Кризис середины жизни* - затруднение в приспособлении к биологическим и социальным изменениям, сопровождающим средний возраст; может чаще встречаться в культурах , где высоко ценится юность и презирается старость.

Культ* - первоначально система религиозного поклонения, вероучение или секта; в последнее время термин применяется к новым сектам, созданным харизматическими лидерами, которые требуют полной преданности и воспитывают сильно выраженную зависимость среди своих приверженцев.

Культура* - совокупность всех убеждений, форм поведения и ценностей, передаваемых между членами той или иной группы путем научения; включает системы идей и значений.

Культура, основанная на чувстве вины* - культура, в которой индивидуум переживает раскаяние и потерю самоуважения при неспособности вести себя социально приемлемым образом.

Культура, основанная на чувстве стыда* - культура, в которой неспособность индивидуума вести себя социально приемлемым образом несет с собой позор для его семьи, товарищей или другой социальной группы, к которой он принадлежит.

Культуральная дезадаптация*-излишняя замедленность или неадекватность в приспособлении к требованиям нового окружения либо культуры, кризис идентичности и / или социальная маргинальность.

Культуральная депривация* - неспособность культуры дать развивающемуся индивидууму навыки выживания для улучшения его жизни в определенном обществе, а также неспособность удовлетворить его базовые потребности (например, потребность в идентичности, работе, безопасности, самоуважении. социальном статусе).

Культуральная идентичность* - установки, убеждения, обычаи, язык, нормы, социальные навыки и ценности, связанные с принадлежностью к определенной культуре.

Культуральная компетентность* - индивидуальная способность функционировать в определенной культуре.

Культуральная оценка* - аспект психиатрической оценки, который включает культуральную идентичность пациента, социальную роль или функцию, объяснение болезни пациентом, культуральный перенос и противоперенос, а также культуральные аспекты диагностики и лечения.

Культуральная патогенность* - культуральные обычаи, способствующие развитию, проявлению и течению психиатрических расстройств.

Культуральная слепота* - неспособность индивидуума воспринимать культуральные характеристики других лиц, принадлежащих к иной культуре.

Культуральное изменение* - модификация норм, ценностей, обычаев, верований, взгляда на мир, технологии и других аспектов культуры; может происходить медленно и в обычном порядке либо быстро, сопровождаясь разрушениями и хаосом.

Культуральное убежение (верование)* - не имеющее достаточного обоснования, но широко распространенное в пределах определенной культуры убеждение, которое врач, незнакомый с данной культурой, может ошибочно расценивать как бред.
Культуральный детерминизм* - мнение о том, что развитие человека, психология и поведение детерминируется культурой, тогда как факторы биологические или психологические оказывают на это незначительное влияние или даже вообще не влияют; противоположной этому концепцией является биологический или психологический детерминизм.
Культуральный релятивизм* - взгляд, согласно которому различные культуры и их разнообразные проявления одинаково действенны для формирования поведения.

Культуральный шок* – состояние социальной изоляции, тревоги, депрессии, развивающееся при попадании индивидуума в условия чужой культуры, возвращении в свою культуральную среду после долгого в ней отсутствия либо при сохранении приверженности одновременно к двум и более различным культурам. Чаще всего это расстройство наблюдается у иммигрантов, но может развиваться и в ответ на радикальное изменение условий жизни в обществе.
Культурно-историческая теория — разработана .Л.С.Выготским. В основу теории положена идея о том, что развитие знаковых систем является определяющим в организации и развитии психических функций человека; соответственно конкретные формы общественно-исторической деятельности, достижения цивилизации являются решающими факторами формирования психических процессов и свойств. Согласно этой теории психическое развитие личности неотъемлемо от развития культуры, и лишь через овладение достижениями культуры возможно развитие личности.
Магическое мышление* - вера в то, что думать о чем-то, что можетпроизойти, означает то же, что вызывать это событие.
Массовые психические эпидемии – это моральное и интеллектуальное движение масс, принимающего форму резкого душевного расстройства с рядом одинаковых действий, охватывающих сразу массы людей, независимо от их воли.
Ментальность -это социально-психологические установки, способы восприятия, манера чувствовать и думать. Важным признаком ментальности является неосознанность.
Меняющие жизнь события* - большие и малые стрессы, потери, достижения, ценные приобретения и изменения статуса, которые, если они чрезмерны и сконцентрированы в ограниченном промежутке времени, вызывают временную подверженность соматическим и психическим заболеваниям.
Мировоззрение* - всеобъемлющие взгляды людей или представления культуры в отношении их происхождения, природы, окружающего мира, их целей и смысла жизни; источник человеческих ценностей, усилий, нравов, идеалов, запретов и жизненных предписаний.
Монокультуральный* - термин, используемый для описания обществ, в которых доминирует какая-либо одна культура, что может достигаться исключением других культур.

Мультикультуральный* - термин, используемый для описания обществ, в которых сосуществуют несколько культур (например, с раздельными языками, одеждой, родом занятий, образовательными системами) в пределах одного географического региона и с одним и тем же правительством.

Неблагоприятная историческая ситуация — историческая ситуация, которая препятствует самореализации личности и в которой сохранение социального конформизма неизбежно приводит к нарушению личностной целостности, к деформации и разрушению личности.

Невроз жертвы* - сохраняющаяся идентичность жертвы после психотравмирующего переживания вместо восстановления позитивной идентичности; наблюдается у воевавших ветеранов, жертв изнасилований, беженцев, заложников, жертв пыток.

Невроз исторический — невротическое состояние личности психогенного характера, сформированное в результате патогенного влияния неблагоприятной исторической ситуации, характеризуется массовидностью и типичностью: сходством содержательных характеристик и внешних невротических проявлений, распространяется в виде психических массовых эпидемий и имеет историческую значимость.

Невротическая эпоха — историческая эпоха, характер и атмосфера которой определяются массовым распространением исторического невроза, преобладанием невротического стиля деятельности и общения. . Невротическая эпоха характеризуется низкой продуктивностью совокупной социальной деятельности, неравномерностью развития различных сфер социальной деятельности.

Негативная этническая идентичность* - низкое мнение о своей собственной этнической группе.

Норма* - этический стандарт, модель поведения или модель, которая рассматривается как желательная, приемлемая или типичная для той или иной культуры.

Норма идеальная* - поведение, поддерживаемое культуральной группой, поскольку оно является желательным или оптимальным; социально предписываемый образец поведения.

Норма поведенческая* - актуальное, обычное или модельное поведение, наблюдаемое в культуральной группе.

Норма ранговая* - идеальные нормы поведения, ожидаемые от лиц, имеющих особую социальную роль и статус (например, духовенство, педагоги, врачи, судьи); обычно более строгие и альтруистические, чем нормы, предполагаемые для других людей.

Отчужденность* - отсутствие значимых взаимоотношений между индивидом и другими лицами в обществе или культуре.

Отчужденность подростковая* - антипатия или даже враждебность по отношению к своему собственному социальному окружению или к культуре в подростковом возрасте.

Патографии – это биографии, цель которых – представить аспекты психической жизни, интересные с точки зрения психопатологии, и разъяснить их значение для деятельности и творчества личности.

Патологизировать* - ошибочно рассматривать культурально адекватные убеждения или формы поведения как психиатрические симптомы или символы.
Патопластичность* - модификации в проявлениях психопатологии в разных культурах, в одной и той же культуре в разные периоды времени или у одного и того же пациента в разное время.
Психическое расстройство – это болезненное состояние с психопатологическими или поведенческими проявлениями, связанное с нарушением функционирования организма в результате воздействия биологических, социальных, психологических, генетических или химических факторов. Оно определяется степенью отклонения от взятого за основу понятия психического здоровья.
Поколение – возрастная группа людей, формирование характера которых происходит под влиянием определенных исторических событий, экономических и культурных условий, что обусловливает общность и сходство некоторых личностных характеристик в результате сходного для представителей данной возрастной когорты социального опыта.

Поколенческая специфика личности – комплекс личностных свойств, сформированный в определенной исторической ситуации, оптимально соответствующий адаптации личности к данному состоянию социальной системы. Поколенческая специфика, обусловливает поколенческую принадлежность личности.

Поколенческий подход – нсторико-психологическое исследование личности как представителя поколения в целях выявления поколенческой специфики личности и сравнительного изучения психологического своеобразия различных поколений. Поколенческий подход к личности предполагает описание исторических особенностей социализации представителей поколения, изучение пснхологических характеристик принадлежащих к поколению людей, объяснение определенного комплекса личностных свойств представителей данного поколения общей для них «технологией» социализации, сходным социально-историческим опытом.
Предрассудок* - негативный эмоциональный настрой либо негативная установка в отношении того или иного индивидуума либо группы, основывающееся на отдельно выбранных социальных или культуральных характеристиках.
Психиатрия кросс – культуральная* - сравнительное изучение психических расстройств, психиатрической практики и психиатрических категорий в разных культурах.
Психиатрия культуральная* - область психиатрии, занимающаяся отношением культуральных характеристик к психическим расстройствам и психиатрической помощи.
Психиатрия транскультуральная* - психиатрическая помощь или исследование в области психиатрии, при которых клиницист или исследователь принадлежит к культуре, отличной от той, к которой принадлежит пациент или обследуемый.

Психобиографические изменения личности – изменения обстоятельств жизни, поведения и деятельности личности в процессе индивидуализации (процесс достижения личностной целостности). В психобиографических изменениях отражаются закономерности процесса индивиду алюации.

Психобиография – психологическое исследование жизненного пути исторического деятеля. Объектом психобиографического исследования **является** исторический деятель, его биография, предметом психобиогра**фии** .является психологическое содержание жизненного пути исторического деятеля. Исходной мировоззренческой предпосылкой психобиографических исследований служит признание исторической значимости отдельной личности, понимание действий которой рассматривается как **один из** способов объяснения исторических событий.

Психоистория – научная дисциплина, сформировавшаяся в 60-х годах **XX** века в США, в рамках которой осуществляется психологический подход к истории (для объяснения исторических событий и исторического поведения лидеров и масс используются психологигческне, преимущественно психоаналитические, модели), изучаются взаимосвязи между историческими и психологическими феноменами.

Психоклассы (по Л. Демоз) **–** это группы людей со сходным стилем воспитания в детстве, выделяемые в пределах одной популяции.

Расстройство пищевого поведения* - психическое расстройство, связанное с приемом пищи, которое может иметь связь с культуральными идеалами образа тела человека, т.е. голодание и прием слабительных в обществах, ценящих стройность, а также переедание в обществах, высоко ставящих тучность как признак богатства или принадлежности к праздным, незанятым работой классам.

Ритуал * - социальное событие, имеющее целью отметить изменения в жизненном цикле индивидуума, такие как рождение, окончание учебного заведения, вступление в брак, рождение детей, смерть.

Самоубийство (суицид) альтруистическое* – самоубийство, совершенное индивидуумом, который убежден, что его смерть избавит других от позора или трудностей; возможно, чаще встречается в культурах с прочными родственными связями.

Самоубийство (суицид) аномическое* **–** суицидальное намерение, обусловленное отсутствием смысла и целей в жизни.

Сверхъестественный* - случаи, выходящие за пределы обычного, но считающиеся естественными, что включает в себя транс, говорение «на языках» (т.е. на «божественном» языке, который непонятен ни говорящему, ни другим), либо предполагаемое общение с душами умерших; обычно поддерживается религиозной или культуральной группой.

Сектанство – обособленные религиозные группы, оппозиционно или враждебно настроенные к господствующим церквам. Характеризуются фанатизмом, догматизмом, враждебностью к инакомыслию. Некоторые церквы имеют изуверские обряды.

Синдром Да Косты (F.45.3)* - характеризуется болями в сердце, сердцебиением, затруднением дыхания, выраженной потливостью, головокружением, головными

болями, нарушением сна. Эти симптомы являются проявлениями состояния тревоги.
Синдром жертвы пыток* - недоверие, повышенная бдительность, обострение, связанного со стрессом заболевания, избегание сотрудников медицинских и социальных служб, низкая самооценка и повреждение мозга у лиц, которые были жертвами пыток.
Синдром культурально – специфичный* - клиническое состояние, которое встречается исключительно или наиболее определенно в одной культуре.
Синдром «отаку»* - описан в Японии. Синдром, при котором подростки и юноши проводят свою жизнь, погрузившись в виртуальную реальность, видеоигры и музыку из стереофонических наушников, игнорируя при этом социальные взаимоотношения, необходимость ухода за собой, образование и достижение полного развития личности.
Синдром перегорания (burnout syndrome)* - физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе и усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью соматическим заболеваниям, а также употреблением алкоголя или других психоактивных средств с целью получить временное облегчение, что имеет тенденцию к развитию физиологической зависимости и (во многих случаях) суицидального поведения. Этот синдром обычно расценивается как стресс-реакция в ответ на безжалостные производственные и эмоциональные требования, происходящие от излишней преданности человека своей работе с сопутствующим этому пренебрежением семейной жизнью и отдыхом.
Синдром, связанный с культурой* - симптомокомплексы, которые встречаются с более высокой, чем можно было бы ожидать, частотой в определенных культурах; обычно считают, что они формируются, изменяются или выявляются теми или иными культуральными или связанными с культурой факторами.
Социализация* - начинающееся в раннем детстве развитие и приобретение знаний и навыков, необходимых для эффективного социального функционирования в определенной культуре.
Социальная мобильность* - способность в пределах культуры изменять свой социальный статус, особенно свой социоэкономический статус.
Социальная психоистория – направление психоистории, объектом исследования которого является психоистория социальной группы.
Социальная фобия (F.40.1) - патологический страх социальных ситуаций в процессе которых возможно наблюдение и отрицательная оценка поведения другими людьми.
Социальное изменение* - изменение социальных институтов (например, экономических, образовательных,системы здравоохранения, юридических) и/ или отношения индивидуума к социальным институтам (например, в области его обязанностей, ответственности, свобод).
Социетальный – феномены, которые формируются и действуют на уровне общества в целом.
Социотипическое поведение личности – поведение, которое, выражая типовые программы данной культуры и регулируя поведение в стандартных для данной общности ситуациях, освобождает человека от принятия индивидуальных решений.

Стресс, обусловленный культуральной адаптацией (аккультурационный стресс)* - стресс в течение процесса индивидуальной или групповой культуральной адаптации, который может возникать в связи с определенными факторами внутри подвергающейся культуральной адаптации группы (например, затруднение в процессе изменения ее культуральной идентичности) или факторами, возникающими в другой группе (например, противодействие интеграции группы, подвергающейся культуральной адаптации).

Стресс социальных изменений – это дистресс, связанный с радикальными и крупномасштабными переменами в жизни общества, способными вызывать дезадаптацию у отдельных людей , определенных социальных групп и даже общества в целом («социальная дезорганизация» общества).

Субкультура* – субгруппа в пределах культуры, которая обладает отличающимися поведенческими, материальными и/ или идеологическими атрибутами, но не может существовать независимо от всего общества (например, этнические меньшинства, или кланы, профессиональные гильдии, религиозные секты).

Употребление алкоголя ритуальное * - употребление алкоголя по социальным поводам, предписываемое культурой (например, при рождении ребенка, вступлении в брак, завершении деловых переговоров).

Употребление алкоголя социальное* - употребление алкоголя в группе при том или ином социальном событии либо церемонии, в количественном отношении часто предписывается культурой; социальное употребление алкоголя совсем не обязательно является синонимом умеренного потребления алкоголя.

Употребление алкоголя эскапистское* - употребление алкоголя, мотивированное желанием или необходимостью избежать неприятного настроения или ситуации. Сходными понятиями являются: причины личностного характера (в отличие от социального); употребление алкоголя с целью приспособления (адаптации); употребление алкоголя для подавления отрицательных эмоций.

Фанатизм – это состояние, выражающееся в слепой приверженности какой-либо идее или доктрине, которая сочетается с высокой степенью идентификации человека с этими явлениями. Фанатик не способен к компромиссу и диалогу с окружающими и готов бороться за свои убеждения любыми доступными ему средствами. У лиц с фанатическим поведением происходит деформация личностной структуры с фиксацией на каком-то суженном содержании или суженных системных ценностях.

Характер исторической эпохи — общая направленность совокупной социальной деятельности, определяет длительные инерционные процессы в развитии социальной общности (страны, цивилизации в целом), определяется типичными для данной эпохи характеристиками деятельности и общения.

Ценность* - то, что уважается, вознаграждается или почитается достойным и желательным для индивидуума или культуры.

Эго - в контексте теории психоанализа – это виды психической активности, которые необходимы для эффективного взаимодействия с социальным миром

(восприятие, мышление, научение и др.). Этот термин использовался Юнгом для обозначения всего, что мы осознаем.

Эпидемия* - в психиатрии – внезапное появление или возрастание частоты тех или иных стереотипных форм поведения, соматических жалоб, псевдогаллюцинаций либо когнитивно-эмоциональных симптомов в той или иной группе людей (например, среди студентов, заводских рабочих, солдат)

Этническая идентичность* - интернализированные (внутренне принятые) установки, убеждения, ритуалы, нормы и ценности, связанные с принадлежностью к определенной этнической группе; основной источник самооценки, который может быть и чрезмерно акцентированным (например, в этнонационализме, нацизме).

Этнопсихиатрия* - в этнической группе – совокупность представлений, разделяемых в общей популяции относительно психических расстройств, их природы, методов оценки и форм оказания помощи при этих расстройствах; данный термин включает в себя взаимодействия между лицами, которые страдают психическими расстройствами, и оказывающими помощь практиками, как профессиональными, так и непрофессиональными.

Библиография.

1. Al-Issa I. Culture and mental illness in Algenia // Inter. J. Social Psychiatry.- 1990.- Vol. 36, №3.- P.230-240.
2. Allodi P. The psychiatric effects in children and families of victims of political persecution and torture // Danish Med. Bull.- 1980.-№ 22.-P.229 – 232.
3. Allodi P., Rojas A. The health and adaptation of victims of political violence in Latin America (psychiatric effects Allodi P.of torture and disappearance)// In Psychiatry: The state of the Art / Ed. by P. Pichot, P. Berner, R. Wolf & K. Thau.- New York, 1985.-Vol.6.- P. 243 – 248.
4. Andreasen N.C. Posttraumatic stress disorder // Kaplan H.I., Freedman A.M., sadock B.J. Comprehencive Textbook of Psychiatry.- Baltimore: Williams & Wilkins, 1980. – P. 1517 – 1525.
5. Archibald H.C., Tuddenham R.D. Persistent stress reaction after combat: a 20 – year follow–up // Arch. Gen. Psychiatry. – 1965.- Vol.12.- P. 475-481.
6. Argyle M., Beit-Hallahmi B. The social psychology of religion.- London: Routledge & Kegan Paul, 1975.- P.1-28
7. Astrup Chr. Nervose Erkrankungen und soziale Verhaltnisse.- Berlin: 1956 – 308s.
8. Bedirhan T. Ustun. The global Burden of Mental disorders // Amer. J. Public Health.- 1999.-№89.-P.1315-1318.
9. Benedict R. The chrysanthemum and the sword: Patterns of Japanese culture. Boston: Houghton Mifflin Company, 1946.- 224p.
10. Beneduce R. Recent Italian Literature in Medical Anthropology (1989-92) //Med. Anthropology Quarterly.- 1994.- Vol. 8, №2.- P. 221-226.
11. Bergins R.”Begabung” als Ergebnis von Lemvorgangen // Studium Generale.- 1971.- Vol.24, N2. - S. 202 – 217.
12. Birley J.L.T. DSM – III: From Left to Right or From Right to Left // Brit. J. Psychiatry. – 1990. – Vol. 157. – P. 116 – 118.
13. Braff D.L, Geyer M.A. Sensorimotor gating and schizophrenia: Human and animal model studies // Arch. General Psychiatry.- 1990.-Vol. 47.- P. 181-188.
14. Brende J.O., Parsons E.R.Vietnam Veterans: The road to recovery.- New York: Plenum Press, 1985.-227p.
15. Brenner H. Trends in alkohol consumption and associated illness // Amer. J. Public Health.- 1975.- № 65. – P. 1279.
16. Burnham J.C. Psychotic Delusions as a Key to Historical Cultures: Tasmania, 1830-1940 // J. Soc. History .- 1980.- Vol. 13, №3.- P.368-383 .
17. Butler R. W., Braff D. L. Delusions // A Review and Integration Schizophrenia Bulletin.- 1991.- Vol.17.- P. 633-647.

18. Carpenter B.N. Issues and advances in coping research // Personal coping: Theory, research and application. Westport: Praeger, 1992. P.1–13.
19. Charlot V. Lez etats des stress posttraumatiques // Les etats nevrotiques.- Upjhon, 1992.-P. 243-260.
20. Cohen E.A. Human behavior in the concentrarion camp. – London: 1954.- 311p.
21. Cooper D. Psychiatry and Anti-psychiatry.- London: 1967.-420p.
22. D`Andrade R.A. Cultural meaning system // Culture Theory: Essays on Mind Self and Emotion / Edit. By Schweder R.A., Levine R.A. – N.Y.: Cambridge University Press. – 1984.-P. 88-119.
23. Dasberg H. Belonging and loneliness in relation to mental breakdown in battle// Isr. Annals. Psychiatr.- 1976.-Vol. 14, №4.-P. 307-321.
24. Devereux G. Cultural thought models in primitive and modern psychiatric theories // Psychiatry. – 1958.- Vol. 21. – P. 259 – 374.
25. Diagnostic and Statistical Manyal of Mental Disorders. – 4th ed. – Washington: Amer. Psychiatric Association, 1994. – 326p.
26. Diez J.A., Vicen P.T., Saiz L.S. The burnout syndrome in mental health workers// X World Congress of Psychiatry.-Madrid, 1996.-Vol.2.-P.356.
27. Dombrowski K. Trud istnienia.- Warszawa: 1975. – 201s.
28. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes / Folkman S., Lasarus R.S., Dunkel-Schetter C. et al. Folkman S., Lasarus R.S., Dunkel-Schetter C. et al. // J.of personality and social psychology. - 1986.- Vol. 50, №. 5. - P. 992–1003.
29. Early manifestation and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures / N. Sartorius, A. Jablensky, A. Korten, G. Ernberg et al. // Psychological Med.-1986.-Vol.16.-P.909-928.
30. Eisenberg L. Past, present and future of psychiatry: personal reflections// Canad. J. Psychiatry.- 1997.- Vol.42, N9.- P.705-713.
31. Entwicklung der Schizophrenielehre / Benedetti G., Bleuler. M., Kind H. Mielke F.- Basel – Stuttgart, 1960.- 421p.
32. Erikson E.N. Life cycle // International Encyclopedia of the Social Sciences. N.Y.: Crowell Collier, Macmillan. 1968.- Vol. 9.- P.286-292.
33. Erikson E.N. Youth: Change and challenge.- N.Y.: Norton, 1963.-402p.
34. Fabrega H. Jr. Cultural Relativism and Psychiatric Illness // J. Nervous Mental Disease.- 1989.- Vol. 177, N7.- P. 415-425.
35. Fabrega H. Jr. The role of culture in a theory of psychiatric illness // Soc. Sciencies Med.- 1992.- Vol. 35, N1.- P.91-103.
36. Fakhr El – islam. Culture bound neurosis in Quatari wonen // Soc. Psychiat.- 1975.- Vol. 10, N 1.-P. 25 – 29.
37. Famine Disease in German Concentration Camps / Helweg – Larsen P., Hoffmeyer H., Kieler J. et al. – Kopenhagen: 1952.-391p.
38. Farber M.L. Theory of Suicide. New York, 1968. – P. 8 – 35.
39. Fernando S. Mental Health, Race and Culture.- London: Macmillan Education LTD, 1991.-243 p.

40. Festinger L. A theory of cognitive dissonance.- Stanford: Stanford University Press, 1957.- 428p.
41. Fisher S. Identifying video game addiction in children and adolescents // Addictive Behaviors.-1994.-Vol. 19, N5.- P. 545-553.
42. Fowler J.W. Stages of faith: the psychology of human development and the quest for meaning.- San Francisko: CA: Harper & Row, 1981.- 302p.
43. Freud S. Civilization and its discontents.- In Standard edition.- Vol.21.-London: Hogarth, 1930.-608p.
44. Friedman M.J. Toward rational pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: An interim report // Amer. J. Psychiatry.- 1988.-Vol.145.-P.281-285.
45. Fromm E. Escape from Freedom.-N.Y.: Holt, Rinehart & Winston, 1941.-186p.
46. Fromm E. Man for himself: An inquire into the psychology of ethics.- N.Y.: Holt, Rinehart and Winston, 1947.-312p.
47. Gartner J., Larson D.B., Allen G.D. Religious commitment and mental health: a review of the empirical Literature // J. Psychol. Theology. – 1991.- № 19.- P. 6-25.
48. Gazzaniga M.S. The Social Brain: Discovering the Networks of the Mind.- N. Y.: Basic Books, 1985.-381p.
49. Girdano D., Everly G. Controlling stress and tension: A holistic approach. Englewood Cliffs.- N.Y.: Prentice-Hall, 1979.-401p.
50. Goldberg D., Huxley P. Mental illness in Community // The Pathway to Psychiatric Care. – London, 1980. – P. 85
51. Headey B., Wearing A. A Subjective well-being and coping with adversity // Soc. indicators research.- 1990.- Vol. 22, №. 4. P. - 327–349.
52. Heider F. The psychology of interpersonal relations.- New York: Wiley, 1958 – 601p.
53. Hingley S. M. Psychological theories of delusional thinking: In search of integration // Brit. J. Med. Psychology.-1992.- Vol. 65.- P. 347-356.
54. Holahan Ch.J., Moss R.H. Life stressors and mental health. Advances in conceptualizing sress resistance // Stress and mental health. Contemporary issues and prospects for the future.- New York: Plenum Press, 1994.- P. 213–238.
55. Holmes T.H., Rahe R.H. The social Readjustment Rating Scale // J.Psychosom.Res.-1967.-Vol.11.-P.213-218.
56. Kardiner A. The traumatic Neuroses of War. – N.Y.: 1941.-196p.
57. Kirmayer L. J. Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress // Soc. Sciencies Med.- 1989.-Vol. 29, N3.- P. 327-339.
58. Kitanish K., Tseng W. S. Social phobia among Japanese: Clinical, Family and Cultural Explorations // Transcultural Psychiatric Res. Rev. – 1989. – Vol. 26. – P. 137 – 147.
59. Kraepelin E. Psychiatrie. – Leipzig: J.A. Barth, 1912.-301p.
60. Kral V.A. Psychiatric Observations under Severe Chronic Stress // Amer. J. Psychiat.- 1951.- V.108.- P.185

61. Kraus A. Phenomenology of the technical delusion in schizophrenics. Special Issue: Phenomenology and schizophrenia // J. of Phenomenological Psychology.- 1994.-Vol. 25, N1.-P. 51-69.
62. Lederer Z. Ghetto Theresienstadt.- London, 1953.-308p.
63. Leing R.J. The politics of Experience and the Bird of Paradiise.- Harmondsworth: 1973.-356p.
64. Lergo T. Patterns of Psychiatric Illness: A Study in Kaduna Psychiatric Facilities // J. Soc. Development in Africa.- 1989.- Vol. 4, N1.- P. 47-59.
65. Loewenberg P.The psychohistorical origins of the Nazi youth cohort // Amer. Historical Rev.- 1971.- Vol.76.- P.31-42.
66. Loewenberg P.The unsuccesful adolescence of Heinrich Himmler // Amer. Historical Rev.- 1971.- Vol.76.- P. 43-54.
67. MacFarlane A.C. The longitudinal course of posttraumatic morbidity // J. Nerv. Ment. Dis.- 1988.-Vol. 176.- P. 30-39.
68. Maher B.A., Ross J.S. Delusions // Comprehensive Handbook of Psychopathology / Edit. Adams H.E., Sutker P.B. – N.Y.: Plenum Press, 1984.-P. 383-410.
69. Matsumoto D. Culture and psychology / Pacific Grove (Cal.) etc.- Brooks: Cole Publishing Company, 1996.- 346p.
70. Meichenbaum P., Novaco R. Stress inoculation: A preventive approach // Spielberger C., Sarogon L. Stress and anxiety.- New York: Wiley, 1978.- Vol.5.- P. 211-219.
71. Melges F.T. Time and the Inner Future. A temporal Approach to Psychiatric Disorders. – N.Y.: Wiley, 1982.- 345p.
72. Menninger K., Mayman M., Prayser P. The Vital Balance // The life Process in Mental Health and illness. – N.Y., 1964. – P. 41.
73. Mental disorders in Taiwan, fifteen years later, a preliminary report / Lin T., Rin H., Yeh E.K et al. // Caudill W., Lin T. Mental Health Research in Asia and the Pacific.- Honolulu: East – West Center Press, 1989.- P. 111-117.
74. Mestel A. Das phesiologische geistige Leistungsmaximum in Lebensalter. Munchen: 1967.- P.1-83
75. Methodological Issues, Scientific Interpretations and Social Implications//Acta Psychiatrica Scandinavica.- 1988.- Vol. 78, N344.-P. 23-31.
76. Meyerson I. Themes nouveaux de psychologie objective: I`histoire, la construction, la structure // J. Psychologie.- 1954.- T.1.-P.45-69.
77. Miller T., Buchbinder J.T. Clinical Effect of cognitive Behaviour Therapy with PTSR Vietnam Veterans // Paper presented at the American Association of Advencement of Behaviour Therapy.- New York, 1980.-P.174-181.
78. Murphy H.M.B. Cultural aspects of delusion // Studium Generale.- 1967.- Vol. 20.- P. 684-692.
79. Murray C.J.L., Lopez A.D. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard University Press, 1996.-282p.

80. Polner M. Vietnam War Stories // Transaction.- 1968. – Vol.6, N1. – P. 18-20.
81. Rack Ph. Race, culture and mental disorder.- London:, N.Y.: Tavistock Publications, 1982.- 305p.
82. Rook K., Dooley D., Catalano R. Age differences in workers' efforts to cope with economic distress // The social context of coping. - New York: Plenum Press, 1991. P.- 79–105.
83. Ryan R.M., Rigbi S., King K. Two types of religious internalization and their relations to religious orientations and mental health // J. of Personality Soc. Psychology. – 1993.- № 65.- P. 586 – 596.
84. Saenger L. Psychiatric outpatients in America and the Netherlands: A transkultural comparison // Soc. Psychiat.- 1968.- Vol. 3, N 4.- P. 149 – 164.
85. Shore J.H., Vollner W.M., Tatum E.L. Community patterns of post-traumatic stress disorder // J. Nerv. Ment. Dis..-. 1989.-.Vol. 177. – P. 681 - 685
86. Spilka B., Hood R.W., Gorrsuch R.L. The psychology of religion: an empirical approach.- Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1985.- P.2-15.
87. Stamm H. Secten-lm Bann von Sucht und Macht. – Zurich: Kreuz Verlag, 1995. – 59s.
88. Stephan W.G., Stephan C.W. Intergroup relations. Madison etc.: Brown and Benchmark, 1996.- 43p.
89. Stone A.A., Neale J.M. New measure of daily coping: Development and preliminary results // J. Personality Soc. Psychology.- 1984. Vol. 46, №. 4.- P. 892–906.
90. Szasz T.S. Ideology and Insanity.- N.Y.: 1970.-324p.
91. The burnout in workers of a general hospital / Herrera C.R., Frankos A.D., Martin J.J. et al. // X World Congress of Psychiatry.-Madrid, 1996.-Vol.2.-P.356.
92. The International Pilot Study of Schizophrenia: World Health Organization.- Geneva: WHO, 1973.- 296 p.
93. Translating coping theory into an intervention / Folkman S., Chesney M., McKusick L. et. al. // The social context of coping. New York: Plenum Press, 1991.- P. 239–260.
94. Trauma and the Vietnam War generation: report of the findings from the National Vietnam Veterans Reajustment Study / Kulka R.A., Schlenger W.E., Fairbank J.I, Hough R.L. et al.//.- N.Y.: Brunner/Masel, 1990.-296p.
95. Varieties of psychohistory / Ed. By G.Kren, L.Rappoport.- New York: 1976.- 401p.
96. Vazquez B.J.L., Munoz P.E., Madoz J.V. The influence of the process of urbanization on the prevalence of neurosis. A community survey // Acta psychiat. Scand.- 1982.- Vol. 65, N3.- P.161 – 170.
97. Veroff J., Kulka R.A., Douvan E. Mental health in America. Patterns of help-seeking from 1957 to 1976.- New York: Basic Books, 1981.-506p.
98. Vesti P., Somnier F., Kastrup M. Psychotherapy with Torture Survivors: A Report of Practice from the Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims. Copenhagen: Denmark, 1992.-512p.

99. Weil F. Civilians Under War stress: Psychiat.//J. Univ. Ottawa.- 1985.- Vol.10,N.1.-P. 53-55.
100. West L.J., Coburn K. Posttraumatic anxiety // Pasnau R. Diagnosis and Treatment Anxiety Disorders.- Washington: DC, APA Press, 1984. – P. 79-114.
101. Westermeyer J. Psychiatric diagnosis across cultural boundaries // Amer. J. Psychiatry, 1985.- Vol. 88. - P. 798-805.
102. Westermeyer J., Neider J., Games A. Psychosocial adjustment of Hmong Refugees during their first decade in the United States – a longitudinal study // J. Nervous Mental Disease. – 1989. – Vol.177.-P.132-139.
103. Wethington E., Kessler R.C. Situations and proceses of coping // The social context of coping.- New York: Plenum Press, 1991.- P.13–29.
104. Worden Fr., Swazey I., Adelman G. The Neurosciences: Path of Discovery.- London: Cambridge, 1975.-469p.
105. World mental health: Problems and Priorities in Low – Income Countries / R. Desjarlais, L. Eisenberg, B. Good, A. Kleinman. – New York: Oxford.: Oxford University Press, 1995. – 505p.
106. Абабков В.А. Клинический патоморфоз неврозов (по данным 40-летней работы отделения неврозов и психотерапии института им. В.М.Бехтерева) //Теория и практика медицинской психологии и психотерапии / Под ред. М.М.Кабанова. - СПб., 1994.- С. 110-113.
107. Абабков В.А. Клинический патоморфоз неврозов и его причины // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. -1992.- № 3.- С.16 - 26.
108. Абабков В.А., Исурина Г.Л. О некоторых психологических аспектах патоморфоза неврозов // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева.- 1992.- № 1.- С.82 – 83.
109. Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней / Пер. с англ. – М.: Прогресс – Культура; Изд-во агенства «Яхтсмен», 1995.- 608с.
110. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей.- Ростов-на-Дону.: Феникс, 1997.- 400с.
111. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева.- 1992.- № 2.- С.5-10.
112. Александровский Ю.А. Социальные факторы и пограничные психические расстройства // Очерки социальной психиатрии / Под ред. Т.Б.Дмитриевой.- М.,1998.- С.173-185.
113. Алтухов Н.И., Галкин К.Ю. Зависимость от компьютерной виртуальной реальности // XIII съезд психиатров России: (материалы съезда). – М., 2000.- С. 285-286.
114. Амбрумова А,Г. Личность. Психология одиночества // Актуальные вопросы суицидологии. – М., 1988.- С. 69-81.

115. Амбрумова А.Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения // Актуальные прблемы суицидологии. – М., 1978.- С. 40-52.
116. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Социальные и клинико-психологические аспекты самоубийств в современном обществе // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. – 1991. - № 1. – С.26 – 38.
117. Амбрумова А.Г., Старшенбаум Г.В. О состоянии суицидологической службы в России // Материалы Х11 съезда психиатров России.- М., 1995.- С.28-29.
118. Ананьев Б.Г. О проблемах современного человекознания.- М.: Наука 1977.- 380 с.
119. Антология исследований культуры. Т.1.- СПб.: Унив.книга, 1997.-374с.
120. Артановский С.Н. Антология исследований культуры. Т.1.- СПб.: Унив.книга, 1997.- С. 143-144.
121. Асмолов А.Г. Психология личности.- М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1990.- С. 271 – 272.
122. Бачериков Н.Е., Петленко В.П., Щербина Е.А. Философские вопросы психиатрии. – К.: Здоров"я, 1985. – 192с.
123. Белик А.А. Психологическая антропология: некоторіе итоги развития // Этнологическая наука за рубежом: Проблемы, поиски, решения / Под ред. С.Я.Козлова, П.И.Пучкова.- М.: Наука, 1991.- С.24-51.
124. Бенедикт Р. Психологические типы в культурах Юго-Запада США // Антология исследований культуры. - СПб.: Университетская книга, 1997.- С.271-284.
125. Бердяев Н. Новое средневековье.- М., 1991.- С.7
126. Бехтель Э.Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. – М.: Медицина, 1986.-С.5-47.
127. Бехтерев В.М. Коллективная рефлексология.- М, 1994.- С.70-344
Библиография.
128. Блейхер В.М. Словарь: Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии. - К.: Вища шк., 1984.-448с.
129. Боброва Е.Ю. Основы исторической психологии.- СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 1997.- 236с.
130. Борисов С.Б. Символы смерти в русской ментальности // Социологические исследования.- 1995. - №2.- С.58-63.
131. Брайтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина.- М.: Медицина, 1999.- С. 21-76.
132. Братусь Б.С. Аномалии личности.- М.: Мысль, 1988.- 301с.
133. Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю. Психология жизненных ситуаций.- М., 1998. - 263с.
134. Бурова В.А., Есаулов В.И. Механизмы формирования Интернет-аддикции // Материалы XIII съезда психиатров России. – М., 2000. - С. 290-291.

135. Вид В.Д., Лозинская Е.И. Синдром перегорания в психиатрии и его зависимость от терапевтической идеологии // Российский психиатрический журнал.-М., 1998.-№1.-С.19-21.
136. Волин А. Без семьи // Итоги. - 2001.- №18.- С.7.
137. Воротинцев Т.В. Громадська думка щодо психічного здоров'я та нездоров'я.- К.: Факт, 1999.-48с.
138. Вундт В. Миф и религия.- М., 1910.-С.11.
139. Вундт В. Элементы психологии народов. Основные черты психологической истории развития человечества. - СПб., 1913.-С.26.
140. Выготский Л.С. Исторический смысл психологического кризиса. Т.1. – М., 1982. - С. 291 – 436.
141. Гаврилов В.В., Манучарян Ю.Г.Об изменении содержания страхов у детей // Социокультуральные проблемы современной психиатрии: Материалы VIII науч. Кербиковских чтений. - М., 1994.- С.27-29.
142. Ганнушкин П.Б. Избранные труды. -М.: Медицина, 1964.- 291с.
143. Ганнушкин П.Б. Об одной из форм нажитой психической инвалидности // Труды психиатрической клиники (Девичье поле).- Вып. 2.- М., 1926. - С. 52-59.
144. Ганнушкин П.Б. Об охране здоровья партактива // Революция и культура . – 1930.- N4.- С.43-46
145. Гаррабе Ж. История шизофрении.- М., СПб.: 2000.- 303 с.
146. Глузман С.Ф. Выступление в Сан-Антонио 5 ноября 1989 года // Антонюк З., Глузман С., Маринович М. Листи з волі. – К.: Сфера, 1999.- С. 170 – 181.
147. Глузман С.Ф. Уроки Світличного // Антонюк З., Глузман С., Маринович М. Листи з волі. – К.: Сфера, 1999.- С. 92 – 113.
148. Глузман С.Ф.Двадцать дней в камере с Василем Стусом // Антонюк З., Глузман С., Маринович М. Листи з волі. – К.: Сфера, 1999.- С. 114 – 117.
149. Головаха Е.И., Панина Н.В. Социальное безумие: история, теория и современная практика.-К.: Абрис, 1994.-168с.
150. Грига И.М. Бредовые синдромы: культуральный аспект: Автореф. дис…. канд. мед. наук.-К.,1997.- 20с.
151. Гурвич И.Н. Исторические тенденции в алкоголизации населения России (по материалам государственной статистики Х1Х-ХХвв).//Интернет.- 2000
152. Гурвич И.Н. Психологические теории алкоголизма, нарко- и токсикомании //Интернет.- 2000
153. Гуревич А.Я. Уроки Люсьена Февра// Л.Февр. Бой за историю. -М.,1991.- С.530-531.
154. Гурьева Л.П. Психологические последствия компьютеризации: функциональный, онтогенетический и исторический аспекты // Вопр. психологии.- 1993.-№ 3.- С.5-16
155. Гущина С.А. О некоторых личностных и социокультуральных особенностях больных с бредом ревности // Социокультуральные проблемы

современной психиатрии: Материалы VIII науч. Кербиковских чтений.- М., 1994.- С.44-46.
156. Гычев А.В., Балашов П.П., Попова Е.Н. Психическое здоровье безработных // Материалы Х11 съезда психиатров России.- М., 1995.- С 57-58.
157. Даршкевич Л.О. Травматический невроз. – Казань: 1916.-176с.
158. Демоз Л.. Психоистория.- Ростов – на – Дону: Феникс, 2000. – 512с.
159. Дереча В.А. Синдромогенез при бредовых психозах шизофренического и экзогенно-органического происхождения. : Автореф. дис…. д-ра мед. наук.- М.,1986.- 38с.
160. Джемс У. Личность // Психология личности: Тексты / Под ред. Ю.Б.Гиппенрейтер, А.А. Пузырея.- М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1982.- С. 61-70.
161. Джонс Э. Жизнь и творения Зигмунда Фрейда / Пер. с англ.- М.: «Гуманитарий» АГИ, 1996.- 448с.
162. Динамика расстройств поведения у детей и подростков / Л.Н.Юрьева, Л.Б.Чудакова, О.Е.Ефимов, Г.И. Цилюрик // Актуальні питання дитячої психіатрії в Україні.- Вип.2.- Харків, 1999.- С.228-231
163. Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Кондратьев Ф.В. Социальные факторы в судебной психиатрии //Очерки социальной психиатрии / Под ред. Т.Б.Дмитриевой.-М., 1998.-С.244-271
164. Добжанский Ф. Мифы о генетическом предопределении // Человек. – 2000.- №1.- С. 8-24.
165. Дюркгейм Э. Самоубийство (социологический этюд) // Хрестоматия по суицидологии.- К.: А.Л.Д., 1996.-С.104-149.
166. Зайцев В.В. Эффективность психотерапии патологической склонности к азартным играм // XIII съезд психиатров России: (Материалы съезда). – М., 2000.- С. 293-294
167. Здоров'я населення та діяльність галузі охорони здоров'я України в 1990-1999 роках: (Статистично-аналітичний довідник). – К.: 2000.- 205с.
168. Зиновьев П.М. Душевные болезни в картинах и образах.- М.: 1927. – 192с.
169. К вопросу о патоморфозе неврозов и неврозоподобных состояний / В.С.Чугунов, М.А.Цивилько, Т.М.Иванова и др // Материалы Х11 съезда психиатров России.- М., 1995.- С.232-233.
170. Кабанес О., Насс Л. Революционный невроз // Революционный невроз.- М.: Ин-т психологии РАН, Изд-во КСП, 1998. - С. 253-568
171. Камю А. Бунтующий человек. Философия, Политика, Искусство: Пер. с фр. – М.: Политиздат, 1990. – С. 358 - 361.
172. Кандинский В.Х. Нервно-психический контагий и душевные эпидемии.- М.: 1881.- С.169 – 189.
173. Каннабих Ю. История психиатрии. – М.: ЦТР МГП ВОС, 1994. – 528 с.
174. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия.- М.:Медицина, 1994.- Т2.-С.20.

175. Каранович Г.Г. Пути и перспективы развития психиатрической помощи в послевоенный период // Труды центрального института психиатрии МЗ РСФСР.-М.,1947.- Т.25.- С.22-42).
176. Кемпински А. Экзистенциальная психиатрия . – М.: Изд-во «Совершенство», 1998.- 320с
177. Кемпински А. Экзистенциальная психиатрия. - .М.: Изд-во «Совершенство», 1998.-320с
178. Кербиков О.В. Шизофрения как нозологическая проблема // Шизофрения: (вопросы нозологии, патогенеза, клиники и анатомии): Доклады на Всесоюзном совещании по проблеме шизофрении. - М., 1962.- С. 5-19.
179. Кессиди Ф. К проблеме «греческого чуда» //Культурология.-Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 1999.-С.393 – 603.
180. Клин Ж. Энциклопедия азарта // Огонек.- 2000.- №38.- С.31-38.
181. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1979. – 608с.
182. Ковалевский П.И. Одаренные безумием: Психиатрические эскизы из истории.- К.: Украіна, 1994.- 302с.
183. Кон И.С. Открытие «Я».- М.: 1980.- С. 10-86.
184. Кон И.С. В поисках себя.- 1984.- С.39
185. Кон И.С. Моральное сознание личности и регулятивные механизмы культуры // Социальная психология личности / Под ред. М.И.Бобневой, Е.В.Шороховой.- М.: Наука, 1979.- С. 85 – 113.
186. Кондратьев Ф.В. Социокультуральное влияние на содержание психопатологии // Социокультуральные проблемы современной психиатрии: Материалы VIII науч. Кербиковских чтений.- М., 1994.- С.60-62.
187. Кондратьев Ф.В., Лащинина Ю.А. Сравнительная характеристика бредовых фабул религиозного содержания за последние 100 лет // XIII съезд психиатров России: материалы съезда. – М., 2000.- С. 56.
188. Кооперс А. Биографический словарь политических злоупотреблений психиатрией в СССР.-Амстердам: Междунар. Ассоциация по политическому использованию психиатрии, 1990.- 180с.
189. Короленко Ц.П. Теоретико-методологические основы транскультуральных исследований психического здоровья //Социокультуральные проблемы современной психиатрии: Материалы VIII науч. Кербиковских чтений. М., 1994. – С.63-67.
190. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия.- М.: Академический проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000.- 460с.
191. Косуха П. Релігійна ситуація в Україні в контексті нової світоглядної парадигми // Україна: людина, суспільство, природа: Тези наук. конф. - К.: Вид. НаУКМА, 1995. - С. 21.
192. Краинский Н.В. Порча, кликушество и бесноватые, как явление русской жизни.- Новгород: 1900. 24с.

193. Краснушкин Е.К. Избранные труды. - М.:Медгиз, 1960.- С.331-340.
194. Краснянский А.Н. Посттравматическое стрессовое расстройство у участников военных конфликтов// Синапс.- 1993.- N3.- С.14-34.
195. Кроник А.А. Психовозрастная коррекция и биографический тренинг. // Актуальные вопросы психологии личности. – М.: ИП АН СССР, 1988. - С. 229 – 240.
196. Кронфельд А.С. Развитие концепции шизофрении до Крепелина: Тр. ин-та им. Ганнушкина. Вып 3. – 1939.- 3- 158.
197. Культурология: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений – Ростов н/Д: Изд-во «Феникс», 1999.- 608 с.
198. Лавров П.Л. Задачи позитивизма и их решение.- СПб.: 1906. – С 34-57.
199. Лазурский А.Ф. Классификация личностей.- Пт., 1922.- 222с.
200. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология.- 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1984.- 272с.
201. Лановой В.Е. Тезаурус стрессовых событий в психотерапии // LifeLine и другие новые методы психологии жизненного пути / Сост. и общ. ред. А.А.Кроника; послесл. Е.И.Головахи.- М.: Издат. группа „Прогресс”, „Культура”, 1993.- С. 115 – 124.
202. Леви – Брюль Л. Сверхъестественное в первобытном мышлении. М.: Педагогика – Пресс, 1994.- С.7 – 113, 348 – 372.
203. Леви-Стросс К. Структурная антропология.- М.: 1985. - 134с.
204. Лексиконы психиатрии Всемирной Организации Здравоохранения: Лексикон психиатрических и относящихся к психическому здоровью терминов (2-е изд.). Лексикон терминов, относящихся к алкоголю и другим психоактивным средствам. Лексикон кросс-культуральных терминов, относящихся к психическому здоровью / Пер. с англ. под общ. ред В.Б.Позняка. – К.: Сфера, 2001. – 398 с.
205. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. – М.: 1981. – 584с.
206. Лисицин Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм: (мед.-социал. аспекты): Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1990. – 526с.
207. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. – 2-е изд. – Л.: Медицина, 1985. – 416с.
208. Личность пациента и болезнь / В.Т. Волков, А.К. Стрелис, Е.В. Караваева, Ф.Ф. Тетенев. - Томск, 1995. - 328с.
209. Лотман Ю.М. О семиотике понятий «стыд» и «страх» в механизме культуры // Тез. докл. IV летней школы по вторичным моделирующим системам, 17-24 авг. 1970г. Тарту: Тарт. Гос. Ун-т, 1970. С.98-101.
210. Лурия А.Р. Об историческом развитии познавательных процессов. – М.: 1974.-211с.
211. Лэнг Р.Д. Расколотое «Я» / Пер. с англ. – СПБ.: Белый кролик. 1995. – 352с.

212. Макушкин Е. В. Особенности индуцированных психических расстройств в судебно-психиатрической практике конца XX столетия // Материалы XII съезда психиатров России. - М., 1995. -С. 471-472.
213. Мамардашвили М.К. Вена на заре 20-го века.- М.: Прогресс – Культура, 1992. - С. 388-403.
214. Мейли Р. Различные аспекты «Я». // Психология личности. Тексты / Под ред. Ю.Б.Гиппенрейтер, А.А. Пузырея.- М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1982 . С.132-141.
215. Мельник Э.В. О природе болезней зависимости: (алкоголизм, наркомания, «компьютеромания» и др.).- Одесса, 1998.- С. 134-159.
216. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практ. руководство. – М.: МЕДпресс, 1998. – 592с.
217. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика: Практическое руководство для врачей и студентов. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ТОО «Техлит»; «Медицина», 1997.- 496 с.
218. Мирный С., Хазан В. Здоровье ликвидаторов последствий Чернобыльской катастрофы как результат психосоциальной травмы // Междунар. журн. радиационной медицины. – 2001. – Т.3, № 1-2.- С.240-241.
219. Молохов А.Н. Шизофрения (вопросы нозологии, патогенеза, клиники и анатомии) // Докл. на Всесоюз. совещании по проблеме шизофрении.- М.,1962.- С.121-127.
220. Морозов В.М. Об отдаленных нервно-психических последствиях пребывания в нацистских лагерях у бывших депортированных и военнопленных // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.- 1958.-Т.56, вып. 3.-С.373-380.
221. Морозов Г.В., Шумский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию: (пропедевтика в психиатрии). – Н.Новгород: Изд-во НГМА, 1998.- С.56-86
222. Муздыбаев К. Стратегия совладания с жизненными трудностями. Теоретический анализ // Журн. социологии и соц. антропологии. – 1998. – Т.1, №2.- С. 12-23.
223. Мясищев В.Н. Личность и неврозы.- Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1960. – 426с.
224. Мясищев В.Н. Пограничные состояния военного времени // Нервные и психические заболевания в условиях военного времени: Сб. науч. тр. / Под ред. Л.Я.Голанта, В.Н.Мясищева.- Л., 1948. – с. 43-49
225. Напреенко А.К., Логановский К.Н. Систематика психических расстройств у пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы // Междунар. журн. радиационной медицины. – 2001. – Т.3, № 1-2.- С.245-246
226. Олешкевич В.И. Рождение новой психотехнической культуры.Очерки развития европейской психотехники. Психотехнический подход к психоанализу и психотерапии. Психотехнические циклы.- М.: 1997.- 175с.
227. Опыт изучения невротиков / П.И.Эмдин, Кузьменко, Штейнбух и др. // Сб. по психоневрологии.- Ростов на Дону: Северный Кавказ, 1928.- С. 365

228. Орлов Ю.М. Восхождение к индивидуальности.- М.: 1991.- 287 с.
229. Ортега – и – Гассет. Эстетика. Философия культуры.- М.: 1991.- 239с.
230. Осипов В.П. О политических или революционных психозах // Вісн. асоціації психіатрів України.-К., 1994.- №2.- С.104 – 116.
231. Особенности структуры завершенных суицидов у лиц с психическими заболеваниями / Н.Н.Бровина, А.Н.Бачериков, Л.Н.Ситенко и др. // Укр. мед. альманах.- 2000.- Т.3, №2.- С.13-14
232. Павленко В.М., Таглін С.О. Етнопсихологія: Навч. посібник. – К.: Сфера, 1999. –408с.
233. Паніна Н.В., Головаха Є.І. Тенденції розвитку Українського суспільства (1994-1998рр.). Соціологічні показники: (Таблиці, ілюстрації, коментар).- К.: Ін-т соціології НАН, 1999.- 152с.
234. Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия.- М.: 1993.- 256 с.
235. Пезешкиан Н.. Психотерапия повседневной жизни.- М.: 1995.- 336с.
236. Петраков Б.Д. Основные закономерности распространения психических болезней в современном мире и в Российской Федерации // XII съезд психиатров России. – М., 1995.- С.98-99
237. Петраков Б.Д. Основные закономерности распространенности пограничных психических болезней и направления их многофакторной профилактики // Актуальные проблемы пограничной психиатрии.- М., Витебск, 1989.- Ч.1.- С.74 – 75.
238. Петраков Б.Д. Психическая заболеваемость в некоторых странах в XX веке: (Социально-гигиен. исслед.). – М.: Медицина, 1972.- 300с.
239. Платон. Смерть Сократа // Психология личности: Тексты / Под ред. Ю.Б.Гиппенрейтер, А.А. Пузырея.- М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1982.- С.225-227.
240. Плотников Н. Самоубийства в России // Социол. исследования.- 1999.- №5.- С. 82-83.
241. Подкорытов В.С., Шестопалова Л.Ф. Невротические расстройства у детей и подростков – «чернобыльцев». – К.: Центр соц. экспертиз и прогнозов Ин-та социологии НАНУ, 1999. – С.43-56.
242. Положий Б. С. Культуральные аспекты психического здоровья населения России // Материалы XII съезда психиатров России. -М., 1995. - С. 102-103.
243. Положий Б. С. Этно- и социокультуральные аспекты психического здоровья в современной России // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья / Под. ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. С. Положего. - М., 19956. - С. 4-13.
244. Положий Б.С. Культуральные аспекты психического здоровья населения России // Материалы XII съезда психиатров России.- М., 1995.- С. 102-103.
245. Положий Б.С. Психическое здоровье и социальное состояние общества // Социокультуральные проблемы современной психиатрии: Материалы 8 науч. Кербиковских чтений.- М., 1994.- С. 88-94

246. Положий Б.С. Социальная психиатрия и общество // Очерки социальной психиатрии / Под ред. Дмитриевой Т.Б.- М., 1998.- С.43-72
247. Полтавець В. І., Білінська М. К. Проблеми псих1атрії пов'язані з релігійним бумом в Україні кінця 80-х - початку 90-х років // Вісн. Ассоціації психіатрів України.- 1994. - №2. - С. 7-18.
248. Полтавець В.І. Вікові характеристики розповсюдженості вірувань серед населения України // Україна: людина, суспільство, природа: Тези наук. конф. - К.: Вид. НаУКМА, 1995. - С. 24-25.
249. Попов Ю.В. По поводу социальных и клинико – психологических аспектов самоубийств // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. – 1991.- № 1. – С. 38 - 40.
250. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия.-М.: "Экспертное бюро -М", 1997. - 496с.
251. Пріорітети здоров'я і пріорітети лікувально-профілактичної допомоги у Дніпропетровській області / Лехан В.М., Іпатов А.В., Губар І.О., Піщіков В.А. // Медичні перспективи .- 1998.- №3.- С. 83-86
252. Прусс И. История. Записи на теле // Знание-сила.-1996.- №12.- С.50-51
253. Психиатрическая помощь населению Днепропетровской области/ О.Е.Ефимов, М.Ф.Андрейко, А.Д.Левченко и др.- Днепропетровск, 2000.- С.6-32.
254. Психогении в экстремальных условиях / Ю.А. Александровский, О.С. Лобастов, Л.И. Спивак, Б.П. Щукин - М.: Медицина, 1991.- 96с.
255. Психокоррекционная работа с участниками секты «Белое братство»: (инструктивное письмо) / Л.Н.Юрьева, В.А.Павлов, И.И.Кутько и др.- М., 1993. –4с.
256. Ромасенко Л.В. Значение социально-культуральных факторов в патогенезе истерических расстройств // Социокультуральные проблемы современной психиатрии. Материалы VIII науч. Кербиковских чтений.- М., 1994.- С. 100-101.
257. Ромасенко Л.В. Истерия в современной медицинской практике // Материалы XII съезда психиатров России. - М., 1995. - С.219-220.
258. Ротштейн Г.А. Диагностические критерии шизофрении // Шизофрения (вопросы нозологии, патогенеза, клиники и анатомии): Докл. на Всесоюз. совещании по проблеме шизофрении.- М., 1962.- С. 49-56.
259. Рыбаков Ф.Е. Душевные расстройства в связи с последними политическими событиями. – М., 1906.- 22с
260. Свистунов С. Нетрадиційна релігійність як соціологічний індикатор // Україна: людина, суспільство, природа: Тези наук. конф.- К.: Вид.НаУКМА, 1995.- С.25.
261. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. – Л.: Медицина, 1987. – 184с.
262. Сидоров П.И., Ганжин В.Т. Общественное здоровье и социальные недуги. – М.: Изд-во Архангельской гос. мед. акад., 1993. –С.176 – 236.

263. Сикорский И.А. Психопатическая эпидемия 1892 г. в Киевской губернии.- К.: 1893.- 32с.
264. Симонов П.В. Эмоциональный мозг.- М.: Медицина.- 1981.- 215с.
265. Скрибекк Г., Гилье Н. История философии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Пер. с англ. В.И. Кузнецова; Под ред. С.Б.Крымского. – М.: Гуманит. изд. Центр ВЛАДОС, 2000.- 800 с.
266. Словарь психиатрических и относящихся к психическому здоровью терминов / ВОЗ.- Т.1.- М.: Медицина, 1991.- 80с.
267. Солженицын А.И. Архипелаг ГУЛАГ// Новый мир, 1989. № 11. С.68.
268. Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности: Учеб. пособие. -М.: Планета детей, 1997.- 264с.
269. Статистичний щорічник України за 1999 рік.- К.: Техніка, 2000. – 357с.
270. Степанов С.С. Психология в лицах. – М.: Изд-во ЭКСМО – Пресс, 2001. – 384с.
271. Стефаненко Т.Г. Єтнопсихология.- М.: ИП РАН, Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 320с.
272. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров`я в Україні / Лехан В.М., Лакіза – Савчук Н.М., Войцехівський В.М. та ін. // Під ред. В.М.Лехан. – Сфера, 2001.- С.9-16.
273. Сучасний стан та шляхи оптимізації психіатричної та соціально-правової допомоги населенню України / Гойда Н.Г., Табачніков С.І., Домбровська В.В., та ін. //Укр. вісн. психоневрології. Харків.- 2001.- Т.9, вип.1 (26).- С.8 -10.
274. Табачников С.И., Здорик Ф.А., Гриневич Е.Г. Характеристика депрессивных расстройств непсихотического уровня у лиц, пострадавших в результате техногенной катастрофы // Междунар. Журн. радиационной медицины. – 2001. – Т.3, № 1-2.- С.298.
275. Татевосян А.С. Одиночество и суицидальное поведение // Стрессология – наука о страдании. – Ереван.: Изд-во Мегаполис, 1996.- С.64-68.
276. Татевосян А.С. Суицидальность – концептуальная точка зрения // Стрессология – наука о страдании. – Ереван.: Изд-во Мегаполис, 1996.- С.54-64.
277. Токарский А.А. Психические эпидемии.- М.: 1893.-192с.
278. Троицкий М.М. Наука о духе: общие свойства и законы человеческого духа: В 2т.- М., 1882.- Т.1.- С.86-294.
279. Украина 1991-2000: Движение в остановившемся времени //Зеркало недели.- №33 (306), 19 августа.- С.17.
280. Україна. Людський розвиток: Звіт.- К., 2000.- 96с.
281. Уэллс Г. Павлов и Фрейд / Пер. с англ.- М.: Иностранная лит., 1959.- 607с.
282. Февр Л. История и психология//Л.Февр. Бой за историю.- М.,1991.- С.97-101.

283. Фишез Л. Причины массовой смертности, поражающей наши ряды // Междунар. конф. в Москве 25-28 июня 1957г. – М., 1957.- С.42-58.
284. Франкл В. Человек в поисках смысла / Пер. с англ. и нем. – М.: 1990.- 368с.
285. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции.- М.: Наука, 1989. – 456с.
286. Фрейд З. Массовая психология и анализ человеческого «Я»// Фрейд З. «Я» и «Оно»: Тр. разных лет. Кн. 1.- Тбилиси: Мерани, 1991.- С. 71 – 139.
287. Фрейд З. О психотерапии истерии // Фрейд З. О клиническом психоанализе.- Избр. сочинения.- М.: Медицина, 1991.- С. 41-90.
288. Фромм Э. Здоровое общество // Психоанализ и культура / Пер. с англ.- М., 1995.-С. 275-596.
289. Фуко М. История безумия в классическую эпоху.- СПб.: 1977.-524с.
290. Харди И. Врач, сестра, больной: Психология работы с больными. -3-е изд., стереотип. – Будапешт: Academia Klado, 1974.- 286с.
291. Хвыля-Олинтер А.И. Органы внутренних дел в борьбе против правонарушений нетрадиционных религиозных движений – тоталитарных сект // Духовность, правопорядок, преступность: Материалы науч.-практ. конф. МВД РФ.-М., 1996.- С.126-130.
292. Хомик В.С. Психотерапия, ориентированная на реконструкцию будущего / Сост. и общ. ред. А.А.Кроника; послесл. Е.И.Головахи. // LifeLine и другие новые методы психологии жизненного пути / Сост. и общ. ред. А.А.Кроника; послесл. Е.И.Головахи.- М.: Издат. группа „Прогресс”-„Культура”, 1993. - С. 125-139; 152-171.
293. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Собрание сочинений . В 3 т. –М.: Изд. «Смысл», 1997.-Т. 1. С.272-488.
294. Хьелл Л., Зиглер Д. Теория личности (Основные положения, исследования и применение).- СПб.: Питер Пресс, 1977.- С.214-270, 479 – 527.
295. Циркин С.Ю. Роль транскультуральных факторов в психопатологии шизофрении // Социокультуральные проблемы современной психиатрии. Материалы VIII науч. Кербиковских чтений.- М.,- 1994.- С. 122-123.
296. Чиж В.Ф. Значение политической жизни в этиологии душевных болезней //Обозрение психиатрии. - 1908. -№1. – С.1-12.
297. Чиж В.Ф. Значение политической жизни в этиологии душевных болезней //Обозрение психиатрии. - 1908.- №2. – С.149-162.
298. Чубаровский В.В., Карпова Г.Л., Логинова М.С. Сравнительный анализ распространенности и структуры пограничных психических расстройств у учащихся подростков в различных условиях развития общества // XIII съезд психиатров России: Материалы съезда. – М., 2000. - С. 147.
299. Шерешевский А.М. Иван Алексеевич Сикорский (К 150-летию со дня рождения)//Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева.- 1992.- N2. С.78-80.

300. Шерешевский А.М. Социально-психологическая оценка психиатрами России некоторых эпидемических душевных расстройств // Социально-психологические исследования в психоневрологии.- Л., 1980.- С. 142-148.
301. Шестопалова Л.Ф. Особенности социально-психологической адаптации ветеранов боевых действий в Афганистане (медико-психологические аспекты) // Укр. мед. альманах.- 2000.- Т.3, №2, Додаток.- С.183-184.
302. Шкуратов В.А. Историческая психология. – 2 изд-е.- М., 1997. – С. 111 – 122.
303. Щиголев И.И. Проявления психических эпидемий в России за последние два столетия // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева.- 1995.- № 2. - С.114 -120.
304. Щиголев И.И. Уровень социального состояния общества и психические эпидемии в России в XVIII - начале XX столетия // Материалы XII съезда психиатров России.-М., 1995. – С.135 – 136.
305. Эфроимсон В.П. Биосоциальные факторы повышенной умственной активности. – М.,1982. – 196с. – Деп. во ВИНИТИ, №1161.
306. Юнг К.Г. Архетип и символ. – М.: Renaissance, 1991. - 304с.
307. Юнг К.Г. Проблема души современного человека // Проблема души нашего времени. – М.: Изд. группа «Прогресс», «Универс», 1994. – С.293 – 317.
308. Юрьева Л.Н. Кризисные состояния.- Днепропетровск.: Арт-Пресс, 1998.- 164с.
309. Юрьева Л.Н. Некоторые характеристики ментальности и эмоционального состояния врачей-психиатров// Журн. психиатрии и мед. психологии.- 1999.- № 5. - С. 106-109.
310. Юрьева Л.Н. Социально-психологические проблемы врачей-психиатров Украины //Вісн. Асоціації психіатрів України.- 1998.- №1.- С.9-15.
311. Юрьева Л.Н., Каракчеева В.Е. К вопросу о профилактике суицидального риска среди врачей-психиатров // Суіцидологія: Теорія і практика: Зб. наук. праць.- К., 1998.- С.44-47.
312. Якобий П.И. Религиозно-психические эпидемии // Вестн. Европы.- 1908.- №10. - С.11.
313. Яновский С.С., Двирский А.А., Волченко А.П. Применение алкоголя как стрессопротектора: психосоматический и социальный аспекты // Таврический журн. психиатрии.- 2000.- Т.4, №1 (12).- С.14-15.
314. Ярошевский С. Материалы к вопросу о массовых нервнопсихических заболеваниях // Обозрение психиатрии. – 1906, № 1.- С.32-49.
315. Ясперс К. Общая психопатология / Пер. с нем. – М.: Практика, 1997. – С. 850-966.